SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL FROSINONE

REGIONE LAZIO

ASL FROSINONE
DISTRETTO SANITARIO DI _____
(ANAGNI-ALATRI/FROSINONE/SORA/ CASSINO-PONTECORVO)

PUNTO UNICO D'ACCESSO di _____

Domanda di contributo anno 2019 per "Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo". D. G. R. n.305/2019"

Il richiedente (o assistito per il/la quale si avanza richiesta)

Sig./ra nome _____ cognome_____

Nata a_____Pr. _____il_____

Residente in via_____ n°____ Città_____ cap._____Provincia_____

Recapiti (cellulare /telefono fisso/altro) _____ Codice Fiscale_____

Medico di Medicina Generale

Nome _____Cognome_____

Recapito_____

Specialista del SSN

Nome _____Cognome_____

Recapito_____

IN CASO DI RAPPRESENTANTE LEGALE (GENITORE, TUTORE, PROCURATORE, ECC.) DI PERSONA CHE FIRMA PER IMPEDIMENTO TEMPORANEO DEL RICHIEDENTE A SOTTOSCRIVERE – ART.4, D.P.R. 445/2000, COMPILARE ANCHE I SEGUENTI CAMPI:

Sig./ra nome _____ cognome_____

nata a_____pr. _____il_____

residente in via_____ n°____ Città_____ cap._____Provincia_____

Recapiti (cellulare /telefono fisso/altro) _____ Codice Fiscale_____

In qualità di:

1. **Rappresentante legale del richiedente**

- o Tutore.....
- o Procuratore.....
- o Altro.....

2. **Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentela)**_____

Per conto del richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°305/19

A tal fine allega:

- Fotocopia tessera sanitaria
- Certificazione emessa da uno dei centri medica rilasciata da uno dei centri nazionali di trovarsi nelle condizioni previste dall'art.4,comma48,letterab) L.R.n.13/2018;
- Autocertificazione di residenza
- Esenzione per patologia cod. 048
- Dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPCM 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dal paziente.

Il richiedente /rappresentante legale /persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace ai sensi art. 76 DPR 445/2000 smi

DICHIARA
(barrare la condizione presente)

☐ Di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (allegata attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 5.000,00);

☐ Di aver perso il proprio posto di lavoro (documentazione relativa)

☐ Di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita (allegata idonea documentazione)

Il richiedente chiede che il contributo, in caso di riconoscimento, venga accreditato sul **proprio** conto corrente bancario o postale:

Banca/ Ufficio Postale _____

Agenzia _____

Codice IBAN _____

Data _____

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

_____

L'OPERATORE ASL

_____