

Domanda di contributo anno 2026 per l'acquisto della parrucca, finalizzato ad allievarre il disagio psicologico derivante da patologie che comportano alopecia (Delibera Regione Lazio n.964 del 28/10/2025)

Alla ASL di Viterbo - Ufficio PUA

Distretto A	Distretto B	Distretto C
-------------	-------------	-------------

Il/La sottoscritt_

Nome	Cognome
Nat il	A ()
Residente a:	Via n.
Codice Fiscale:	
Tel.	Mail:
IBAN(scrivere in stampatello leggibile):	

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, careviger, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere - art.4 D.P.R. 445/2000 compilare i seguenti campi:

Nome	Cognome
Nat il	A ()
Residente a:	Via n.
Codice Fiscale:	
Tel.	Mail:
in qualità di:	
<ul style="list-style-type: none"> • Tutori _____ • Procuratore _____ • Altro _____ • Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di Parentela) _____ • Caregiver (l.r. n.5/2024) il cui stato è riconosciuto dai servizi territoriali tramite un tesserino specifico denominato "Card Giver" _____ 	

Chiede

Di accedere al contributo per l'acquisto della parrucca come da avviso della ASL Viterbo con scadenza 28 febbraio 2026

Allega:

1. Dichiarazione ai sensi dell'articolo 46 del DPR n.445/ 2000 e smi, attestante la residenza nella Regione Lazio
2. Fotocopia documento identità del richiedente e dell'eventuale delegato
3. Certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista SSR che attesti la patologia oncologica (e il conseguente trattamento causa della alopecia) o altra patologia tale da comportare alopecia
4. Scontrino fiscale o fattura o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca avvenuto entro la scadenza del predetto avviso
5. Attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 50.000,00 euro, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi
6. Dichiarazione ai sensi degli art 46 e 47 del DPR n.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 dall'interessato

Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Il sottoscritto acconsente, ai sensi e per gli effetti del D. L.gs. n. 196/2003, nonché del Regolamento (UE) n. 679/2016, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa sulla privacy consultabile anche sul sito della ASL Viterbo, al link <http://www.asl.vt.it/InfoSito/Privacy.pdf> e informativa predisposta dalla Giunta Regionale del Lazio ai sensi dell'art.14 RGPD, disponibile anche sul sito web della Regione alla seguente url: <https://www.regione.lazio.it/cittadini/socile-famiglie/integrazione-sociosanitaria>.

Data _____

Firma _____