



All'Azienda Sanitaria Locale
U.O.S. GACEP
Via Renato Paolini, 47
65124 PESCARA

Oggetto: AVVISO PUBBLICO IN ATTUAZIONE DEGLI ARTT. 2, 2 - BIS, 3 DELLA L.R. 21 DICEMBRE 2021 N. 28 "CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELL'ACQUISTO DEI DISPOSITIVI PER CONTRASTARE L'ALOPECIA SECONDARIA E ATTIVITÀ DI SUPPORTO IN FAVORE DEI PAZIENTI ONCOLOGICI SOTTOPOSTI A CHEMIOTERAPIA" COSI' COME MODIFICATA DALL'ART. 17 COMMA 1 LETTERA B) DELLA L.R. 1 AGOSTO 2025 N. 22 Istanza di contributo per erogazione benefici anno 2024 e anno 2025

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria n. _____

Telefono _____ email _____

consapevole:

- delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci
- della perdita dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000
(barrare l'opzione di interesse)

☐ **per se stesso/a:**

di essere residente nella Regione Abruzzo, in Provincia di Pescara, nel Comune

di _____ CAP _____ alla via _____ n. _____

☐ **per conto di:**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria n. _____

che è residente nella Regione Abruzzo, in Provincia di Pescara, nel Comune

di _____ CAP _____ alla via _____ n. _____ a cui è legato/a da rapporto

di (specificare l'opzione di interesse):

☐ parentela o affinità o affinità entro il terzo grado ☐ convivenza ☐ tutore legale

CHIEDE

- ☐ l'erogazione del contributo di € _____ per l'acquisto nell'anno _____ e nell'anno _____ di protesi tricologica in favore di pazienti oncologici;
- ☐ l'erogazione del contributo di € _____ per l'acquisto nell'anno _____ e nell'anno _____ di un servizio di dermopigmentazione o trucco permanente in favore di pazienti affetti da alopecia di tipo secondario o areato a seguito di chemioterapia;
- ☐ l'erogazione del contributo di € _____ per l'acquisto nell'anno _____ e nell'anno _____ di protesi capillare in favore di pazienti affetti da displasia ectodermica

A tal fine allega:

- documentazione medica attestante la patologia oncologica con alopecia a seguito di chemioterapia o la patologia di displasia ectodermica;
- documenti di spesa fiscalmente validi, attestanti le spese sostenute per gli acquisti effettuate nell'anno 2024 e/o nell'anno 2025;
- fotocopia di un documento di identità valido del paziente destinatario del contributo (e dell'eventuale diverso soggetto richiedente).

Il dichiarante chiede che il contributo venga liquidato sul seguente conto corrente bancario o postale a lui intestato o cointestato con il paziente:

Banca/Ufficio Postale _____ Agenzia _____

Codice IBAN: _____

Intestato a: _____
(cognome, nome)

IL DICHIARANTE

Pescara, _____ FIRMA _____

**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR**

Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri o per adempiere un obbligo legale, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le i presidi ospedalieri, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati-personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

FIRMA ANCHE PER PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA ESTESA