

Pazienti oncologici: richiesta di contributo per l'acquisto di una parrucca

(Delib. Giunta Reg. 1341/2019)

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

cod. fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

DICHIARO DI ESSERE

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

- il diretto interessato
 il genitore (con la potestà legale)

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

codice fiscale

- il tutore il curatore l'amministratore di sostegno

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

codice fiscale

- un familiare (coniuge o figlio in assenza del coniuge o, in assenza di entrambi, altro parente fino al 3° grado di parentela), che firma per impedimento temporaneo a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4),

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

codice fiscale

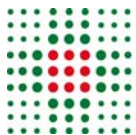
grado di parentela (specificare)

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

CHIEDO

- il contributo disposto dalla DGR 1341/2019 per l'acquisto di una parrucca



DICHIARO CHE

scrivere le informazioni richieste

- ▶ sussiste la condizione di patologia prevista nella DGR 1341/2019
- ▶ la parrucca è stata acquistata in data pari o successiva al 1.9.2019 per un importo complessivo di euro (*indicare l'importo anche in lettere*)
- ▶ il contributo viene chiesto nella misura prevista dalla DGR 1341/2019 (*l'importo massimo previsto è di 400,00 euro e il contributo non può essere superiore alla spesa effettivamente sostenuta*)
- ▶ il beneficiario di questa richiesta non ha mai ottenuto il contributo previsto dalla DGR 1341/2019
- ▶ qualsiasi variazione dei dati indicati in questa richiesta verrà comunicata tempestivamente all'AUSL
- ▶ in detrazione fiscale verrà portata solo la spesa effettivamente sostenuta, al netto quindi del contributo regionale ricevuto secondo la DGR 1341/2019, nella consapevolezza che la dichiarazione veritiera relativa alla spesa effettivamente rimasta a proprio carico grava sul contribuente che, pertanto, è il destinatario di eventuali sanzioni che l'Agenzia delle Entrate potrà comminare nel caso venga rilevato un errore

SCELGO DI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale (*barrare questa casella solo se il beneficiario del contributo è intestatario o co-intestatario del conto corrente*)

codice IBAN:

ricevere un assegno non trasferibile per posta all'indirizzo (*barrare questa casella solo se il beneficiario del contributo **non** è intestatario o co-intestatario di un conto corrente*)

Via _____ | n. _____

Comune _____ | CAP _____ | Prov. _____

presso (*nome*) _____ | (*cognome*) _____

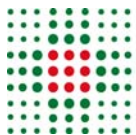
ALLEGRO

DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL PAZIENTE/BENEFICIARIO

- una copia del documento di pagamento della parrucca (scontrino fiscale, fattura o ricevuta), con l'indicazione del codice fiscale
- un certificato rilasciato da un medico specialista di struttura pubblica o dal Medico di Medicina Generale che attesta la patologia neoplastica e l'intercorsa alopecia secondaria a trattamenti radioterapici o chemioterapici
- una copia della tessera sanitaria
- una copia di un documento di identità in corso di validità

EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE

- una copia di un documento di identità in corso di validità della persona (ad es. genitore, tutore, amministratore di sostegno, ecc) che presenta la richiesta per conto del beneficiario del contributo



SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma (per esteso e leggibile)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet disponibile su www.ausl.mo.it/informativaprivacy

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come chiedere il contributo

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it, trasmettendo con un unico invio tutta la documentazione (modulo e relativi allegati) altrimenti non sarà possibile prendere in carico la richiesta.

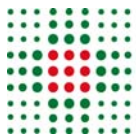
Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

ATTENZIONE! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

Beneficiarie e importo del contributo

Il contributo economico:

- può essere erogato a persone residenti in Emilia-Romagna nelle condizioni indicate dalla DGR 1341/2019 che hanno acquistato una parrucca in data pari o successiva al 1.9.2019
- può essere erogato una sola volta
- prevede un importo massimo di 400,00 euro
- non può essere superiore alla spesa effettivamente sostenuta.



SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere

POSITIVO

NEGATIVO

per i seguenti motivi:

somma da liquidare di

euro

data

firma e timbro *(Il Referente amministrativo della procedura)*

data

firma e timbro *(Il Medico responsabile)*



RICEVUTA DELL'AUSL DI MODENA

Ricevo la richiesta di contributo del/della sig./sig.ra

nome

cognome

e

copia del documento di pagamento della parrucca

certificato che attesta la patologia neoplastica e l'intercorsa alopecia secondaria a trattamenti radioterapici o chemioterapici

copia della tessera sanitaria

copia del documento di identità

copia del documento di identità della persona che presenta la richiesta per conto del beneficiario del contributo

data

firma e timbro *(Il Referente amministrativo della procedura)*