

**Domanda di contributo anno 2023 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” (LR n. 13/2018, DGR n.586/20 e DGR 456/21).**

AL DISTRETTO SANITARIO DI PALESTRINA  
UFFICIO PUA  
ASL ROMA5

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

Sig./ra

\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Recapiti Telefonici (fisso/mobile)

Indirizzo email \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale

Nome \_\_\_\_\_

Cognome

\_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_

Specialista del SSN

Nome

Cognome

Recapito \_\_\_\_\_

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

Sig./ra

\_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ pr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici (cellulare/fisso/altro) \_\_\_\_\_

Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Rappresentante legale del richiedente:
  - Tutore
  - Procuratore
  - Altro \_\_\_\_\_
  
- Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentela o la convivenza)  
\_\_\_\_\_

Per conto del richiedente

### **CHIEDE**

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°586/20 ed a tal fine allega:

- Fotocopia tessera sanitaria;
- Certificazione rilasciata da responsabili del centro di riferimento oncologico o di struttura a valenza regionale o da altro dirigente sanitario da essi delegato;
- Certificazione emessa da uno dei centri di riferimento nazionali di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b) della Legge Regionale n. 13/2018;
- Esenzione per patologia cod. 048;
- Autocertificazione di residenza;
- 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 e smi,

### **DICHIARA**

(Indicare la condizione presente)

- Di trovarsi in condizione di svantaggio economico e a tal fine allega attestazione indicatore

ISEE con valore non superiore a € 15.000,00 calcolato secondo quanto disposto dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i., ovvero, per coloro che non abbiano ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità-non autosufficienza da parte delle autorità competenti (Allegato 3 al DPCM 159/2013), l'ISEE - con valore non superiore a € 15.000,00 - ordinario, conformemente alle indicazioni fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali/Inps nel documento "ISEE Indicatore della Situazione Economica Equivalente – Le risposte alle domande più frequenti" (FAQ n. V-27 del 26.01.2016);

- Di avere perso il proprio posto di lavoro e allega a tal fine relativa documentazione;
- 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 e allega a tal fine idonea documentazione.

Il richiedente chiede che il contributo, in caso di riconoscimento, venga liquidato secondo la modalità prescelta (barrare la modalità prescelta):

- Versamento sul conto corrente bancario dell'interessato

\_\_\_\_\_

- Versamento sul conto corrente postale dell'interessato

\_\_\_\_\_

Banca o Ufficio Postale \_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(FIRMA LEGGIBILE)