SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL VITERBO

REGIONE LAZIO

Domanda di contributo anno 2020 per "Interventi di sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo".

ALLA ASL DI VITERBO - UFFICIO PUA di .....

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

Sig./ra.....

Nato/a 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, procuratore,tutore, ecc) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere – art 4 DPR 445/2000 compilare anche i seguenti campi :

Sig.....

Nata a.....Pr.....il.....

Residente in via.....n°.....

Città..... cap..... Provincia.....

Recapiti (cellulare/telefono 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)*.....

Recapiti (cellulare/telefono fisso/altro).....

Per conto del richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°586/2020

A tal fine allega:

(Pazienti oncologici)
- Autocertificazione di residenza;
- Certificato di esenzione per patologia cod.048;

(Pazienti in attesa di trapianto)
- Autocertificazione di residenza;
- Certificazione medica rilasciata dallo specialista del SSN o centro di riferimento specialistico che segue il paziente di trovarsi nelle condizioni previste dall'art 4, comma 48, lett.B, L.R. 13/2018;

(Entrambe le categorie)
- Certificazione ISEE con valore non superiore a € 15.000,00 ;
- Dichiarazione di eventuale perdita del posto di lavoro (anche attraverso dichiarazione ISEE corrente);
- Dichiarazione di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL e di aver dovuto ricorrere ad un periodo di aspettativa non retribuito.

Il richiedente chiede che il contributo venga liquidato secondo la modalità prescelta (*barrare la modalità prescelta*)

- Versamento sul proprio conto corrente bancario o postale

Banca o Ufficio Postale.....
Agenzia.....

Codice IB AN.....

autorizzazione al trattamento dei dati personali di cui al D.lgs.196/2003. Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 23 del D.lgs. 196/2003 fornisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti.

IL DICHIARANTE

Data .....

.....
(Firma Leggibile)