Allegato 1

Domanda di sostegno economico per cittadini affetti da patologie oncologiche o in attesa di trapianto di organi solidi o di midollo ai sensi della Legge Regionale del Lazio n. 13/2018 - ANNO 2021

Il/ la sottoscritt_ _____

Nato/a_____il _____

Residente a_____in via _____

C.F._____

Tel._____e mail_____

CHIEDE

Di poter beneficiare del contributo economico previsto dalla art.4, commi 47-52, della Legge regionale del Lazio n.13/2018 - 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".

per se stesso/a ovvero in favore di (1) _____

Nato/a a_____(prov_____) il _____

Residente a_____in via/piazza_____n°_____

Cap_____tel._____mail_____

Codice Fiscale_____

(1) Cancellare la voce che non ricorre e non compilare le righe successive se la domanda è presentata direttamente dal beneficiario.

A tal fine dichiara che il destinatario del beneficio è in possesso dei requisiti previsti all'avviso e allega:

1. *per le persone affette da patologie oncologiche:*

- copia certificato esenzione per patologia oncologica cod. 48 emesso dalla ASL di residenza ed in corso di validità;

2. *per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo:*

- certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b della Legge Regione Lzio n.13/2018 ;

Si allega altresì:

✓ idonea documentazione, compresa eventuale autocertificazione ai sensi di legge, attestante la residenza nella Regione Lazio e nello specifico in uno dei Comuni del Distretto socio-sanitario di presentazione della domanda;

✓ dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPCM 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 dell'interessato;

✓ fotocopia del documento di identità del beneficiario e del richiedente l'intervento (se diverso dal beneficiario)

✓ ogni altro documento ritenuto utile

Si allega infine la documentazione attestante la sussistenza di una delle sottoelencate condizioni:

- di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,01);
- di avere perso il proprio posto di lavoro (tale condizione potrà essere dimostrata anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi);
- di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL);
- di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita;

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto sopra riportato è vero ed accertabile ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/200, ovvero documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti.

Il sottoscritto consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara altresì esplicitamente la correttezza della sopra riporta residenza dell'interessato/a al beneficio nella Regione Lazio all'indirizzo sopra indicato.

Dichiara altresì di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati i controlli ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000.

Fermo restando quanto previsto dall'art. 26 della L.15/68, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il sottoscritto autorizza infine il trattamento dei dati personali per i fini di cui alla presente domanda e relativo Avviso e dichiara di aver preso visione del relativo Titolare dei dati rappresentato dalla ASL di Latina, con sede in Via P. Nervi Torre 2 Girasoli - 04100 Latina Tel: 0773/6553901, Fax: 0773/6553919, e-mail: direzionegenerale@ausl.latina.it. L'informativa privacy completa per gli utenti/pazienti , resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), è disponibile sul sito dell'Ente, nella sezione dedicata alla privacy, all'indirizzo: https://www.ausl.latina.it .

_____ lì, ___/ ___ / _____ *Firma*

_____