

**Avviso con scadenza al 28/02/'22**

**Domanda di contributo per le donne sottoposte a terapia oncologica per l'acquisito della parrucca ai sensi della Legge Regionale del Lazio n. 28/2019**

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.7, comma 77, della Legge regionale del Lazio n.28/2019 – “Legge di stabilità regionale 2020” (DGR Lazio 493 del 28/07/2020)

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

Nata 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 specifici previsti all'Avviso e allega:*

- ✓ certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia;
- ✓ scontrino fiscale o fattura o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca;

Si allega altresì:

\_\_\_\_\_

- ✓ acquisizione del consenso informato degli utenti al trattamento dei dati forniti nella domanda finalizzato all'erogazione del contributo regionale in oggetto.
- ✓ attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a € 25.000, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi

idonea documentazione, compresa eventuale autocertificazione ai sensi di legge, attestante la residenza nella Regione Lazio e nello specifico in uno dei Comuni del Distretto 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

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 445/2000, 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'interessata 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.

\_\_\_\_\_, lì, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_