

**AVVISO CON SCADENZA AL
31/07/2025**

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 2025

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 di 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) _____

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.

1. per le persone affette da patologie oncologiche:

- ✓ copia certificato esenzione per patologia oncologica cod. 048 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 e di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b della Legge Regionale Lazio n.12/2018;

Si allega altresì:

- ✓ Certificazione aggiornata attestante la patologia oncologica che necessita di trattamenti medici, clinici, di laboratorio, chirurgici e radioterapici presso strutture sanitarie regionali, le cui patologie sono certificate dai responsabili dei centri di riferimento oncologici o di strutture a valenza regionale o da altro dirigente sanitario d essi delegato;
- ✓ 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 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 Euro 15.000,00);
- di aver perso il proprio posto di lavoro (tale condizione potrà essere dimostrata anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui 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'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