

AVVISO CON SCADENZA AL 28/02/2026

Allegato 1

**Domanda di contributo per i cittadini sottoposti a terapia oncologica per l'acquisto della parrucca ai sensi della Legge Regionale del Lazio n. 28/2019 contributo economico per l'acquisto delle parrucche per le persone sottoposte a terapia oncologica.**

**Modifica della Deliberazione di Giunta Regionale del 28/10/2025 n. 964 avente ad oggetto "art. 15 della LR n. 15/25: Contributi per l'acquisto della parrucca finalizzati ad alleviare il disagio psicologico derivante da patologie che comportano alopecia"**

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 come modificato dall'art.19 della Legge regionale n.14/2021 (DGR Lazio 12/11/2021).

Modifica della Deliberazione di Giunta Regionale del 28/10/2025 n. 964 avente ad oggetto "art. 15 della LR n. 15/25: Contributi per l'acquisto della parrucca finalizzati ad alleviare il disagio psicologico derivante da patologie che comportano alopecia"

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 specialistica 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 € 50.000, 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 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 445/200, 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*

\_\_\_\_\_



**AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA**  
(Art.46-lettera b - D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a in \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ( art. 75 D.P.R. 445/2000 ),

**DICHIARA**  
**DI ESSERE RESIDENTE**

in \_\_\_\_\_ in via /piazza \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso:  
Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Data \_\_\_\_\_

Firma del /La Dichiarante

\_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEL GRADO DI PARENTELA**  
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto in taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARA**

di essere legato/a all/alla signor/sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
dal seguente legame di parentela: \_\_\_\_\_ (1)

Luogo e data

IL/LA DICHIARANTE

.....  
(firma per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Può essere firmata in presenza del funzionario o inviata, dopo la sottoscrizione, per posta, fax, o telematicamente ( occorre la firma digitale), allegando fotocopia non autenticata del proprio documento di riconoscimento.

**Informativa ai sensi del D.Lgs n. 196/2003**

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento, per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**(1) Grado di Parentela :**

- a - padre e madre, figlio o figlia
- b - nonno o nonna, fratello o sorella, nipote (figlio del figlio o della figlia)
- c - bisnonno o bisnonna, pronipote (figlia o figlio del nipote), nipote, (figlia o figlio del fratello o della sorella), zio e zia (fratello o sorella del padre o della madre)



## Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 2 legge 4 gennaio 1966, n. 15 come modificato dall'art. 3, comma 10,

Legge 15.05.1997, n. 127 del D.P.R. 20.10.1998, n. 403 e success. modifiche e integrazioni)

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

### Cosa si deve autocertificare:

- ☐ *Esistenza in vita del beneficiario*
- ☐ *decesso del beneficiario;*
- ☐ *la perdita dei requisiti di accesso;*
- ☐ *ricovero continuativo in hospice o altra tipologia di struttura residenziale a totale carico del SSR, o in strutture residenziali sociosanitarie."*





SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
LATINA



REGIONE  
LAZIO

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a ....., autorizzo al trattamento delle informazioni e dei dati forniti nella domanda finalizzata all'erogazione del contributo regionale DGR n.586 del 06/02/2020, ai sensi e per effetti della L.675/96 e del D.lgs 196/2003.

Li.....

Firma

.....



Dichiarazione sostitutiva di certificazione

PERMANGONO PER IL BENEFICIARIO I REQUISITI DI ACCESSO AI BENIFICI RICHIESTI  
E GIA' A SUO TEMPO AUTOCERTIFICATI

IL BENEFICIARIO PERSISTE IN VITA

✓ IL BENEFICIARIO NON E' ATTUALMENTE IN RICOVERO CONTINUATIVO IN HOSPICE O IN ALTRA TIPOLOGIA DI STRUTTURA RESIDENZIALE A TOTALE CARICO DEL SSR O IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIOSANITARIE.

Il Dichiarante dà atto altresì, con la sottoscrizione della presente domanda, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati i controlli ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000.

...rimanendo quanto previsto dall'art. 26 della L. 15/68, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il beneficiario decade dai benefici conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera. Autorizza l'Azienda ASL al trattamento dei dati sensibili sopra riportati

**INFORMAZIONE PRIVACY - Reg. UE 679/2016**

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la ASL di Latina, con sede in Via P. Nervi Torre 2  
Girasoli - 04100 Latina Tel: 0773/6553901. Fax: 0773/6553919. e-mail:  
[direzione generale@ausl.latina.it](mailto:direzione generale@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>.

NB: Il contributo economico se riconosciuto dovrà essere accreditato presso il conto corrente di cui si riporta di seguito il relativo IBAN (27 caratteri)

\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

Firma