



Domanda di contributo anno 2025 per “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” (DGR 586/20 – DGR 456/2021).

AL DISTRETTO SANITARIO DI COLLEFERRO
UFFICIO PUA
ASL ROMA5

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

Sig./ra _____
Nato/a a _____ prov. _____ il _____
Residente in via _____ n° _____
Città _____ cap. _____ Provincia _____
Codice Fiscale _____
Recapiti telefonici (fisso-mobile) _____
Indirizzo email _____

Medico di Medicina Generale

Nome _____ Cognome _____
Recapito _____

Specialista del SSN

Nome _____ Cognome _____
Recapito _____

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere – art. 4, D.P.R. 445/2000, compilare anche i seguenti campi:

Sig./ra _____
Nata a _____ pr. _____ il _____
Residente in via _____ n° _____
Città _____ cap. _____ Provincia _____
Recapiti telefonici (cellulare/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) _____

Per conto del richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°305/19 così come modificata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 586/2020 ed a tal fine allega:



- Fotocopia tessera sanitaria;
- Certificazione rilasciata da responsabili del centro di riferimento oncologico o di struttura a valenza regionale o da altro dirigente sanitario da essi delegato;
- Certificazione emessa da uno dei centri di riferimento nazionali di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b);
- Esenzione per patologia oncologica cod. 048;
- Autocertificazione di residenza;
- Dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPCM 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 dal paziente.

Il richiedente/rappresentante legale/persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace ai sensi art. 76 DPR 445/2000 e smi,

DICHIARA

(Indicare la condizione presente)

- Di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (allegata attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,00);
- Di avere perso il proprio posto di lavoro (allegata relativa documentazione);
- Di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita (allegata idonea documentazione).

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

- Versamento sul proprio conto corrente bancario _____
- Versamento sul proprio conto corrente postale _____

In caso di richiesta di accredito in c/c si chiede certificazione della Banca attestante il codice IBAN

Data _____

L'OPERATORE DEL PUA

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

FIRMA

(FIRMA LEGGIBILE)