

Domanda di contributo anno 2019 " **Interventi di sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo**".

ALLA ASL DI VITERBO - UFFICIO PUA

di

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

Sig./ra.....

Nato/a a.....Pr.....il.....

Residente in via.....n°.....

Città..... cap..... Provincia.....

Recapiti (cellulare/telefono fisso/altro).....

Codice Fiscale.....

Medico di Medicina Generale

Nome..... Cognome.....

Recapito.....

Specialista del SSN

Nome..... Cognome.....

Recapito.....

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

Sig.....

Nato/a a.....Pr.....il.....

Residente in via.....n°.....

Città..... cap..... Provincia.....

Recapiti (cellulare/telefono fisso/altro).....

Codice Fiscale.....

In qualità di :

Rappresentante legale del richiedente

Tutore.....

Procuratore.....

Altro.....

Persona autorizzata a 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

A tal fine allega:

(Pazienti oncologici)

- Autocertificazione di residenza del titolare;
- Certificato di esenzione per patologia cod.048 del titolare;

(Pazienti in attesa di trapianto)

- Autocertificazione di residenza del titolare ;
- Certificazione medica del titolare rilasciata dallo specialista del SSN o centro di riferimento specialistico che segue il paziente di trovarsi nelle condizioni previste dall'art 4, comma 48, lett.B, L.R. 13/2018;

(Entrambe le categorie)

- Certificazione ISEE del titolare con valore non superiore a € 5.000,00 ;
- Dichiarazione del titolare di eventuale perdita del posto di lavoro (anche attraverso dichiarazione ISEE corrente);
- Dichiarazione di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL e di aver dovuto ricorrere ad un periodo di aspettativa non retribuito.

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

- Versamento sul proprio conto corrente bancario o postale

Banca o Ufficio Postale.....

Agenzia.....

Codice IBAN.....

IL DICHIARANTE

Data

.....
(Firma Leggibile)