**MODELLO DI DOMANDA DI CONTRIBUTO ANNO --------**

**ALLA DIREZIONE UO SARU**

**AZIENDA USL DI PIACENZA**

**P.LE MILANO, 2**

**29121 Piacenza**

La richiedente (o assistita per cui si avanza richiesta)

Sig./ra……….…………………………………………………………………………….…………………………………………..…

Nata a …………………………….…………………Prov. ………………..............il ……………………………..………….

Residente in Via……………………………………………………………………………n………………………..…………….

Città………………………………………………………….C.a.p………………………..Provincia……………………………

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

Codice fiscale: 

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del/la richiedente a sottoscrivere - a1t. 4. D.P.R. 445/2000. compilare anche i seguenti campi

Il Sig./a ...................................................................................................................................

Codice fiscale: 

Residente in Via...................................................................................n ..................................

Città.................................................................C.a.p.............................Provincia .........................

**In qualità di**

Richiedente

Rappresentante legale del richiedente: O tutore O procuratore

**(allegare copia della documentazione comprovante tale qualità e del documento d’identità)**

Altro, specificare...........................................................................................................

Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentela………………………....................................)

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

**CHIEDE**

di beneficiare del contributo di cui alla delibera di Giunta regionale 1341 /2019

consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità (att. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.) e consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o tempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente non versate per la fornitura di cui trattasi

**DICHIARA**

1. di trovarsi nella condizione di patologia di cui alla DGR 1341/2019 che il beneficiario finale si trova nella condizione di patologia di cui alla DGR 1341/2019
2. di aver acquistato in data pari o successiva al 01/09/2019 una parrucca per una spesa complessiva di Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/00) come da documentazione allegata;
3. di chiedere il rimborso nella misura prevista dalla DGR 1341/2019 (fino ad una spesa di euro 400,00 il rimborso è pari alla spesa effettivamente sostenuta, per una spesa superiore ad euro 400,00 il rimborso è pari ad euro 400,00);
4. rispetto alla presente domanda, che **la beneficiaria del contributo** che si richiede **non ha mai ottenuto la contribuzione prevista dalla DGR 1341/20 19**;

**SI IMPEGNA**

* a comunicare tempestivamente al suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo di richiesta contributo
* a portare in eventuale detrazione fiscale solo la spesa effettivamente sostenuta, al netto pertanto del contributo regionale ricevuto in applicazione della DGR 1341/2019; la responsabilità della dichiarazione veritiera della spesa effettivamente rimasta a proprio carico grava sul contribuente, il quale è pertanto destinatario delle eventuali sanzioni che l'Agenzia delle Entrate potrà comminare nel caso in cui venga rilevato un errore;

**Il dichiarante chiede che il contributo venga liquidato secondo la modalità prescelta**

(*selezionare l'opzione desiderata*):

* tramite versamento su **conto corrente bancario** o **postale**

Banca o Ufficio Postale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agenzia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* rimessa diretta presso il Tesoriere dell’Azienda USL di Piacenza – Intesa Sanpaolo S.p.A.

I dati personali sopra riportati saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione delle persone fisiche con riguardo ai dati personali.

DICHIARA altresì

di essere a conoscenza, in quanto informato da codesta Azienda USL, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i e del Reg. UE 2016/679, che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica.

A tal fine alla domanda presentata in **MARCA DA BOLLO DI € 16,00** allega:

* fotocopia della tessera sanitaria
* certificato medico rilasciato dal medico Specialista del SSN/ Medico di Medicina Generale che attesti la patologia neoplastica e l 'intercorsa alopecia secondaria a trattamenti radioterapici o chemioterapici;
* scontrino fiscale o fattura o ricevuta in originale, recante codice fiscale della paziente che presenta la domanda, relativa all'acquisto della parrucca
* fotocopia di un documento di identità valido del soggetto beneficiario finale (e dell'eventuale diverso soggetto richiedente).

IL DICHIARANTE

(richiedente/rappresentante legale/persona che può firmare per impedimento temporaneo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data) (firma leggibile)

Ai sensi della normativa succitata, l’autentica della firma può essere omessa se il dichiarante

**allega alla presente la fotocopia di un documento di identità valido.**

