

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna**

**Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**

Estremi della marca da bollo
digitale assolta attraverso
Servizio@e.bollo
oppure
spazio per marca da bollo da 16€

MODELLO DI DOMANDA DI CONTRIBUTO ANNO _____

AL _____

AZIENDA USL _____

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: 0000000000000000

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

Il Sig./a

Codice fiscale: 0000000000000000

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

Città.....C.a.p.....Provincia.....

In qualità di:

rappresentante legale del richiedente:

tutore procuratore altro, specificare.....

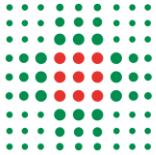
persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (*specificare il grado di parentela*)

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

Per conto del richiedente

CHIEDE

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



A tal fine allega:

1. fotocopia della tessera sanitaria
2. 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;
3. scontrino fiscale o fattura o ricevuta, in originale o in copia, recante codice fiscale della paziente che presenta la domanda, relativa all'acquisto della parrucca
4. fotocopia di un documento di identità valido del soggetto beneficiario finale (e dell'eventuale diverso soggetto richiedente).

**IL RICHIEDENTE/RAPPRESENTANTE LEGALE/ PERSONA CHE PUÒ FIRMARE PER
IMPEDIMENTO TEMPORANEO DEL RICHIEDENTE**

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 (art. 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,

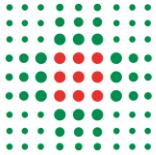
DICHIARA

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 1341/2019;

E 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_____

(ulteriori modalità potranno essere definite dall'Azienda USL competente all'atto del perfezionamento della propria modulistica)

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 della 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

IL DICHIARANTE

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

(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