

DOMANDA NON PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO AFFETTO DA PATOLOGIE
ONCOLOGICHE O IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO

Al Punto Unico di Accesso (PUA) di

Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome

Nato/a a (prov.) il

Codice Fiscale

Residente a (prov.)

Via/Piazza n.

Telefono e-mail

CHIEDE

per Il/La Sig./Sig.ra

Cognome Nome

Nato/a a (prov.) il

Codice Fiscale

Residente a (prov.)

Via/Piazza n.

Telefono e-mail

- L'erogazione del contributo di cui alla DGR n° 586/2020 e successiva DGR n. 456/2021 a favore del predetto interessato.

A tal fine allega:

- (Persone affette da patologie oncologiche)
 - ☐ esenzione per patologia oncologica cod. 48;
 - ☐ documentazione che attesti di essere affetto - al momento della presentazione della domanda - da patologie oncologiche e che necessita di cure e/o trattamenti.
- (Persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo)
 - ☐ certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b).

(Entrambe le categorie)

- ☐ attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore 15.000,00 €, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi.
Le persone che si trovano in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL), potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi, purché questo presenti un valore inferiore a 15.000,00 €;
- ☐ dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo;
- ☐ copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
- ☐ copia del documento di identità in corso di validità della persona che presenta la domanda per conto del beneficiario del contributo.

- che il contributo spettante all'interessato venga erogato a mezzo bonifico bancario/postale intestato a:

Cognome e Nome

Codice IBAN

Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Il/La sottoscritto/a acconsente, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003, nonché del Regolamento UE n. 679/2016, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa sulla privacy consultabile sul sito della ASL Viterbo, al link: <https://www.asl.vt.it/protezione-dei-dati>

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Data
(Luogo e data)

Il Dichiarante

.....
(Firma per esteso e leggibile)