



**ASL FROSINONE**  
**DISTRETTO SANITARIO DI \_\_\_\_\_**  
*(ANAGNI-ALATRI/FROSINONE/SORA/ CASSINO-PONTECORVO)*

**PUNTO UNICO D'ACCESSO di \_\_\_\_\_**

**Domanda di contributo anno 2019 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". D. G. R. n.305/2019"**

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

Sig./ra nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

Nata 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, TUTORE, PROCURATORE, ECC.) 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 nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ pr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Recapiti (cellulare /telefono fisso/altro) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

**1. Rappresentante legale del richiedente**

- Tutore.....
- Procuratore.....
- Altro.....

**2. 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**

**A tal fine allega:**

- Fotocopia tessera sanitaria
- Certificazione emessa da uno dei centri medica rilasciata da uno dei centri nazionali di trovarsi nelle condizioni previste dall'art.4,comma48,letterab) L.R.n.13/2018;
- Autocertificazione di residenza
- Esenzione per patologia cod. 048
- 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 smi**

**DICHIARA**  
(barrare la condizione presente)

- Di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (allegata attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 5.000,00);
- Di aver perso il proprio posto di lavoro (documentazione relativa)
- 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, in caso di riconoscimento, venga accreditato sul **proprio** conto corrente bancario o postale:

Banca/ Ufficio Postale \_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

L'OPERATORE ASL

\_\_\_\_\_