SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL FROSINONE

REGIONE LAZIO

Al Punto Unico d'Accesso (PUA)
.....
Distretto Sanitario di_____
(Anagni/ Frosinone/ Sora/Cassino)

Oggetto: domanda per l'accesso al contributo ai sensi della Deliberazione 6 agosto 2020, n. 586 "contributi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo".

Io sottoscritta/o

Nome e Cognome _____
Nata a _____ il _____
Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Residente a _____ CAP _____ Provincia_____
Via _____
Tel._____ e-mail (facoltativo)_____

DICHIARO DI ESSERE

☐ **Dirett_ interessat_**

☐ **familiare** (coniuge o figlio in assenza del coniuge o, in assenza di entrambi, altro parente fino al 3° grado di parentela) che firma per impedimento temporaneo a sottoscrivere (DPR 445/2000. Art 4)

Nome e Cognome _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ CAP _____ Provincia_____
Via _____
Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Grado di parentela (specificare)_____
Tel._____ e-mail (facoltativo)_____

☐ **il genitore** (con la responsabilità genitoriale)
del/la minore

Nome e Cognome _____
Nato/a il _____ a _____ Prov._____
Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **Il tutore** ☐ **il curatore** ☐ **l'amministratore di sostegno**

Nome e Cognome _____
Nato/a il _____ a _____ Prov._____
Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDO

di accedere ai contributi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo ai sensi della DGR 586 del 6 agosto 2020.