

**Al Distretto socio-sanitario n.**

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_ (di seguito chiamato richiedente)  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Sesso  F  M (barrare)

**Medico curante**

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Recapito \_\_\_\_\_

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Rappresentante legale del richiedente (specificare se tutore, procuratore, ecc.)  
\_\_\_\_\_  
 Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere  
(specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_

Per conto del richiedente

CHIEDE

di beneficiare del rimborso pari all'80% della spesa sostenuta per l'acquisto della parrucca sino ad un massimo di Euro 250,00 a favore di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia e allega:

- Fotocopia libretto sanitario oltre al documento di identità non scaduto;  
 Certificazione medica che attesti la malattia da parte del medico di medicina generale o specialista del SSN;  
 ISEE pari o inferiore ad Euro 10.000,00 in corso di validità;  
 Copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo, nel caso di cittadino extracomunitario;  
 Scontrino fiscale o fattura, relativo all'acquisto della parrucca, posteriore alla data (1 Giugno 2013) di entrata in vigore della Legge regionale 15/2013;

Al fine della liquidazione del beneficio richiede che il rimborso venga liquidato tramite:

- accreditalmento su C/C bancario o postale

NOTA BENE: il pagamento pu0 essere eseguito solo con versamento su conto corrente bancario o postale che deve essere necessariamente intestato al destinatario

Denominazione della Banca o Banco Posta \_\_\_\_\_

(Indicare l'agenzia o ufficio postale) \_\_\_\_\_

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

- assegno circolare

A TAL FINE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS.MM.

DICHIARA CHE IL RICHIEDENTE

-  cittadino italiano o U. E.

Oppure

-  cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (allegare copia del permesso o carta di soggiorno)

- la sua situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore ISEE (indicatore della situazione economica equivalente di cui ai D.Lgs 109/1998 e 130/2000) pari ad euro ....., come da allegata certificazione.

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potr andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non pi rispondenti a verit, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss. mm. dichiara sotto la propria responsabilit che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a  consapevole che la dichiarazioni non conformi al vero e la mancata tempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione della sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente non versate per la fornitura di cui sopra.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss. mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione del rimborso di cui sopra.

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)