

(Dott. Maurizio La Rocca)

Data - IL SEGRETARIO

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

- Di beneficiare del rimborso pari all'80% della spesa sostenuta per l'acquisto della parrucca fino ad un massimo di euro 250,00 a favore di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia e allega:
- fotocopia libretto sanitario
- certificazione medica che attesti la malattia da parte del medico di medicina generale o specialista del SSN
- ISBE 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

CHIEDE

Per conto del RICHIEDENTE

- rappresentante legale del richiedente: (specificare se tutore, procuratore, ecc.....)
- persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela.....)

In qualità di:

Via..... Città..... Cap..... Provincia..... tel.....

Residente in: Codice fiscale

Il Sig./a.....

COGNOME NOME

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):

Recapito: .....

Nome e Cognome .....

Medico Curante

Sesso F  M

Via..... Città..... Cap..... Provincia.....

Residente in: Codice fiscale

Il Sig./a..... nato/a a..... (Prov.....) il..... (di seguito indicato richiedente)

COGNOME NOME

AL DISTRETTO SOCIOSANITARIO

Allegato 2

SCHEMA N. .... NP/14679 DEL PROT. ANNO 2013	<b>REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale</b> Dipartimento Salute e Servizi Sociali Pianificazione e Programmazione delle Politiche Sociali Integrate - Servizio
--	--

(Dott. Maurizio La Rocca)

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

FINE TESTO

(data)

(firma)

Fotocopia carta d'identità

IL DICHIARANTE

Il sottoscritto/a, 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, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss. mm., dichiara sotto la propria responsabilità 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 è consapevole che la dichiarazione non conforme al vero e la mancata o 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 ess. Mm. 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 per la non autosufficienza.

- è cittadino italiano o U. E.
- Oppure
- è cittadino extracomunitario (permesso o carta di soggiorno)

IL RICHIEDENTE

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

assegno circolare

CIN     ABI     CAB     numero del conto

Codice IBAN:

(indicare l'agenzia o ufficio postale)

Denominazione della Banca o Banco Posta

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

accreditamento su C/C bancario o postale

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

sconto fiscale o fattura, relativa all'acquisto della parrucca, posteriore alla data (1° giugno 2013) di entrata in vigore della legge regionale 15/2013

SCHEMA N. ....NP/14679  
DEL PROT. ANNO 2013

REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale  
Dipartimento Salute e Servizi Sociali  
Pianificazione e Programmazione delle Politiche Sociali Integrate - Servizio