



REGIONE MOLISE

Legge Regionale 5 giugno 2020, n. 6 "Contributi a sostegno delle attività a favore di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia"

DOMANDA PER L'ACCESSO AI CONTRIBUTI

(in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atto di notorietà, artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

All'ATS di _____

OGGETTO: domanda per l'accesso al contributo ai sensi della L.R. n. 6/2020 "Contributi a sostegno delle attività a favore di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia" e della DGR n. 6799 del 12/11/2025 "L.R. n. 6/2020; Contributi pazienti oncologici acquisto parrucche" – riapertura termini per l'invio delle istanze per la concessione del contributo.

Il/la richiedente
Cognome e Nome _____

Nato/a a _____

il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ CAP _____

Provincia _____ Via _____ n. _____

Tel. _____ e-mail _____

nel caso di minorenne/incapace indicare:

in qualità di padre/madre/tutore di

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____

il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ CAP _____

Provincia _____ Via _____ n. _____

CHIEDE

di accedere al contributo di euro 400,00 (quattrocento/00) per l'acquisto di una parrucca del costo di euro o al contributo di euro (se

il costo di acquisto è inferiore a euro 400,00), ai sensi della L.R. n. 6/2020 e della DGR n. 496 del 23/12/2020, L.R. n. 7/2022.

DICHIARA

- di essere residente in Molise/che il beneficiario (soggetto minore/incapace) è residente in Molise, alla data di presentazione della domanda di contributo;
- di essere a conoscenza che il contributo verrà erogato fino ad esaurimento delle risorse assegnate all'Ambito Sociale Territoriale in indirizzo, senza formazione di una graduatoria;
- di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000.

ALLEGA ALLA DOMANDA

- 1) certificazione/documentazione rilasciata nell'ambito del S.S.N. attestante di essere affetto/a da alopecia a seguito di trattamento antitumorale;
- 2) giustificativo di spesa quietanzato per l'acquisto della parrucca (copia fattura/ricevuta fiscale o altro documento contabile);
- 3) copia del documento di identità del richiedente in corso di validità.

INDICA

la seguente modalità per il pagamento del contributo:

Intestatario/a _____

CODICE IBAN _____

Il richiedente dichiara di aver preso visione dell'Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 e del D. Lgs. n. 101/2018 e di dare il consenso affinché i propri dati vengano trattati per le finalità della L.R. n. 6/2020.

Data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____