



Ambito Territoriale N19

Azienda Consortile ACCC
Comuni di Afragola, Caivano, Cardito, Crispano
ASL NA 2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45

Ambito Territoriale N 19
Ufficio di Piano
Via Don Luigi Sturzo n. 12
80021 – Afragola – NA-

RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO E/O RIMBORSI SPESE
ALLE DONNE CON ALOPECIA DA CHEMIOTERAPIA PER L'ACQUISTO DI PARRUCCA
(Legge Regionale 8 agosto 2018, n. 28)

Il/La sottoscritto/a _____ residente a _____ (Prov. _____), Via _____ N° _____ C.A.P. _____ Codice Fiscale _____ Recapito Tel. _____ Indirizzo e-mail _____ presso cui dovranno essere fatte pervenire eventuali comunicazioni, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e da Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere affetta da alopecia derivante da trattamento chemioterapico connesso a patologia oncologica

CHIEDE

(barrare solo la casella interessata)

- il contributo economico, in anticipazione, della somma di € _____ (max € 200,00) per l'acquisto di parrucca. *(A seguito della concessione del contributo economico in anticipazione, l'interessata consegnerà successivamente all'Ufficio di Piano ricevuta, fattura, scontrino di avvenuto pagamento per l'acquisto della parrucca);*
- il rimborso della somma di € _____ (max € 200,00) per l'acquisto già effettuato di parrucca, come da documentazione allegata. A tale scopo allega la seguente documentazione:
1. Certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale o Specialistica del SSN che attesti la patologia tumorale e il conseguente trattamento chemioterapico causa di alopecia;
 2. Preventivo di spesa per l'acquisto della parrucca oppure ricevuta/fattura/scontrino di avvenuto pagamento per l'acquisto della parrucca;
 3. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
 4. Fotocopia della tessera sanitaria;
 5. ISEE in corso di validità;



Ambito Territoriale N19

Azienda Consortile ACCC
Comuni di Afragola, Caivano, Cardito, Crispano
ASL NA 2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45

Qualora risultasse beneficiaria del contributo economico, ai fini dell'erogazione la sottoscritta

DICHIARA

Che l'accredito deve essere eseguito sul seguente c/c postale/ bancario (abilitato a ricevere accrediti da parte di Enti Locali):

Intestato a _____
IBAN _____

DICHIARA

Di essere a conoscenza delle disposizioni Regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente richiesta e che il contributo costituisce una tantum per il sostegno alle spese. La sottoscritta si impegna, altresì, ad integrare la documentazione ai fini dell'istruttoria su esplicita richiesta dell'Ambito Territoriale N 19.

Luogo e Data _____ Firma _____

CONSENSO GENERALE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

La sottoscritta _____ autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui all'artt. 13 e 14, del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, per i fini legati all'istruttoria e alla relativa liquidazione, qualora risultasse beneficiaria, del contributo economico per l'acquisto di una parrucca, costituente ausilio tecnico non sono compreso nel Nomenclatore tariffario previsto dal Decreto Ministeriale n. 332 del 27/08/1999.

Luogo e Data _____

Firma _____