

Estremi della marca da bollo  
digitale assoluta attraverso  
[Servizio@e.bollo](mailto:Servizio@e.bollo)  
oppure  
spazio per marca da bollo €16,00

OGGETTO: DOMANDA DI CONTRIBUTO EX DGR 1341/2019 - ANNO \_\_\_\_\_

AL Responsabile Cure Primarie e Specialistica  
Area distrettuale di .....  
Dipartimento Cure Primarie Aziendale  
AZIENDA USL di Reggio Emilia  
*Pec: programmacureprimarie@pec.ausl.re.it*

Il/a richiedente (o assistito/a per cui si avanza richiesta)

Sig./ra .....

Nata a ..... Prov. .... il .....

Residente in Via ..... n. ....

Città ..... C.a.p. .... Provincia .....

Recapiti (telefono fisso/cellulare/altro) .....

Codice fiscale:

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del/la richiedente a sottoscrivere – art. 4, D.P.R. 445/2000, compilare anche i seguenti campi:

Il Sig./ra .....

Codice fiscale:

Residente in Via ..... n. ....

Città ..... C.a.p. .... Provincia .....

In qualità di:

rappresentante legale del richiedente:

tutore  procuratore  altro, specificare.....

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (*specificare il grado di parentela*.....)

Recapiti (telefono fisso/cellulare/altro) .....

Per conto del richiedente

### CHIEDE

di beneficiare del contributo di cui alla delibera di Giunta regionale 1341/2019.

A tal fine allega:

- fotocopia della tessera sanitaria
- certificato medico rilasciato dal medico Specialista del SSN/ Medico di Medicina Generale che attesti la patologia neoplastica e l'intercorsa alopecia secondaria a trattamenti radioterapici o chemioterapici;
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta, in originale o in copia, recante codice fiscale della paziente che presenta la domanda, relativa all'acquisto della parrucca
- fotocopia di un documento di identità valido del soggetto beneficiario finale (*e dell'eventuale diverso soggetto richiedente*).

### IL RICHIEDENTE/RAPPRESENTANTE LEGALE/ PERSONA CHE PUÒ FIRMARE PER IMPEDIMENTO TEMPORANEO DEL RICHIEDENTE

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 (art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.) e consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o tempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente non versate per la fornitura di cui trattasi,

### DICHIARA

1. di trovarsi nella condizione di patologia di cui alla DGR 1341/2019/che il beneficiario finale si trova nella condizione di patologia di cui alla DGR 1341/2019
2. di aver acquistato in data pari o successiva al 01/09/2019 una parrucca per una spesa complessiva di Euro \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_/00) come da documentazione allegata;
3. di chiedere il rimborso nella misura prevista dalla DGR 1341/2019 (fino ad una spesa di euro 400,00 il rimborso è pari alla spesa effettivamente sostenuta, per una spesa superiore ad euro 400,00 il rimborso è pari ad euro 400,00;
4. rispetto alla presente domanda, che la beneficiaria del contributo che si richiede non ha mai ottenuto la contribuzione prevista dalla DGR 1341/2019;

### E SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente al suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo di richiesta contributo;

a portare in eventuale detrazione fiscale solo la spesa effettivamente sostenuta, al netto pertanto del contributo regionale ricevuto in applicazione della DGR 1341/2019; la responsabilità della dichiarazione veritiera della spesa effettivamente rimasta a proprio carico grava sul contribuente, il quale è pertanto destinatario delle eventuali sanzioni che l'Agenzia delle Entrate potrà comminare nel caso in cui venga rilevato un errore;

Il/a dichiarante chiede che il contributo venga liquidato secondo la modalità prescelta (*selezionare l'opzione desiderata*):

**tramite versamento su conto corrente bancario o postale**

Banca o Ufficio Postale\_\_\_\_\_

Agenzia\_\_\_\_\_

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

Intestato a\_\_\_\_\_

**Assegno di traenza (in caso di non possesso di conto corrente intestato)**

(ulteriori modalità potranno essere definite dall'Azienda USL competente all'atto del perfezionamento della propria modulistica)

I dati personali sopra riportati saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione delle persone fisiche con riguardo ai dati personali.

DICHIARA altresì

di essere a conoscenza, in quanto informato da codesta Azienda USL, ai sensi della D. Lgs. 196/2003 e s.m.i e del Reg. UE 2016/679, 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

IL DICHIARANTE

*(richiedente/rappresentante legale/persona che può firmare per impedimento temporaneo)*

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(firma leggibile)

*Ai sensi della normativa succitata, l'autentica della firma può essere omessa se il dichiarante allega alla presente la fotocopia di un documento di identità valido.*