

"Progetti sperimentali volti ad avviare azioni di sostegno alle donne con alopecia da chemioterapia e delle loro famiglie residenti in Campania",

(Legge Regionale 8 agosto 2018, n. 28)

MODELLO DI DOMANDA

AI CONSORZIO DEI SERVIZI
SOCIALI ALTAIRPINIA

protocollo@pec.consorzioaltairpinia.it

La sottoscritta

nata a _____ il _____ residente nel _____

Comune _____ (AV) in Via/Piazza _____ n. civico _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

ai sensi del DPR 445/2000, art. 46, 47, e 76, 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

il contributo economico, della somma di € 250,00 per l'acquisto già effettuato della parrucca.

A tale scopo **ALLEGA** la seguente documentazione:

1. certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale o Specialista del SSN che attesti la patologia tumorale e il conseguente trattamento chemioterapico causa di alopecia;
2. 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. attestazione ISEE in corso di validità

Ai fini dell'erogazione del contributo economico la sottoscritta **CHIEDE** l'accredito mediante bonifico in c/c postale/bancario n. c/c _____ intestato a

IBAN _____

La sottoscritta DICHIARA inoltre di essere a conoscenza delle disposizioni regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente richiesta.

La sottoscritta AUTORIZZA, per le finalità di cui alla presente modulistica, il trattamento dei dati personali conferiti anche mediante modalità informatiche e telematiche (art. 13, D. Lgs n. 196/2003).

Firma del beneficiario
