



ALLEGATO _A_ Dgr n. 1539 del 10 OTT 2016 pag. 2

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO
AZIENDA ULSS N.

Il Sig./a(di seguito indicato richiedente)

Nato/a aProv.il.....

Codice fiscale:

Residente in

Via.....n.....

Città.....C.a.p.....Provincia.....

Sesso F M

Medico di Medicina Generale / Specialista del SSN

Nome e Cognome.....

Recapito.....

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

Il Sig./a

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.....)

Per conto del RICHIEDENTE

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla delibera di Giunta regionale n _____

A tal fine allega:

fotocopia della tessera sanitaria

certificazione medica rilasciata dal medico di Medicina Generale o Specialista del SSN che attesti la patologia di tumore mammario e il conseguente trattamento chemioterapico causa dell'alopecia



scontrino fiscale o fattura o ricevuta, relativa all'acquisto della parrucca nel corso dell'anno 2016

IL RICHIEDENTE DICHIARA

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,

di essere in possesso dell'attestazione dell'esenzione per reddito riferita alla seguente codifica (barrare la codifica d'interesse)

- 6R2
- 7R2
- 7R3
- 7R4
- 7R5

di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi della L. n. 196/2003 e s.m.i., 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.

E SI IMPEGNA

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

IL DICHIARANTE

(data)

(firma)

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.