



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti

Via dei Vestini s.n.c - Palazzina N (ex palazzina Se.Bi) - 66100 CHIETI

Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

All'Azienda Sanitaria Locale

U.O.C. Governo delle Attività Amministrative dei Presidi Ospedalieri

Via San Camillo de Lellis n. 1

Vasto (Ch)

Oggetto: Richiesta erogazione benefici ai sensi degli artt. 2 e 3 della Legge Regionale n. 28 del 21 dicembre 2021 e contestuali autodichiarazioni ai sensi del DPR 445/2000, ai fini dell'erogazione del contributo per contrastare l'alopecia secondaria in favore dei pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria n. _____

Telefono _____ email _____

consapevole:

- delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci
- della perdita dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritieri

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

(barrare l'opzione di interesse)

— per se stesso/a:

di essere residente nella Regione Abruzzo, in Provincia di Chieti, nel Comune

di _____ CAP _____ alla via _____ n. _____

— per conto di:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria n. _____

che è residente nella Regione Abruzzo, in Provincia di CHIETI, nel Comune

di _____ CAP _____ alla via _____ n. _____ a cui è legato/a da rapporto
di (specificare l'opzione di interesse):

— parentela o affinità o affinità entro il terzo grado — convivenza — tutore legale



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti

Via dei Vestini s.n.c - Palazzina N (ex palazzina Se.Bi) - 66100 CHIETI

Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

CHIEDE

l'erogazione del contributo di € _____ per l'acquisto nell'anno _____ di protesi tricologica;

l'erogazione del contributo di € _____ per l'acquisto nell'anno _____ di un servizio di dermopigmentazione o trucco permanente.

A tal fine allega:

- documentazione medica attestante la patologia oncologica e conseguente trattamento chemioterapico causa dell'alopecia;
- documento di spesa fiscalmente valido, attestante la spesa sostenuta per l'acquisto effettuata nell'anno _____;
- fotocopia di un documento di identità valido del paziente destinatario del contributo (e dell'eventuale diverso soggetto richiedente).

Il dichiarante chiede che il contributo venga liquidato sul seguente conto corrente bancario o postale a lui intestato o cointestato con il paziente:

Banca/Ufficio Postale _____ Agenzia _____

Codice IBAN: _____

Intestato a: _____

(cognome, nome)

IL DICHIARANTE

FIRMA _____

Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR

Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Chieti, contattabile scrivendo a: info@pec.asl2abruzzo.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl2abruzzo.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri o per adempiere un obbligo legale, come meglio descritto nell'informativa estesa consultabile sul sito <https://lnx.asl2abruzzo.it/asl/dati-personali.html>