



## **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 veritiere

### ***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](mailto:info@pec.asl2abruzzo.it). Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl2abruzzo.it](mailto: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>