



AMBITO N17

Sant'Antimo (capofila) – Frattamaggiore – Grumo Nevano – Frattaminore – Casandrino – ASL Na2 Nord

UFFICIO DI PIANO

Allegato 1

All'Ufficio Servizi Sociali

del Comune di _____

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI E/O RIMBORSI ALLE DONNE CON ALOPECIA DA CHEMIOTERAPIA FINALIZZATI ALL'ACQUISTO DI PARRUCHE.

(Legge Regionale 8 agosto 2018, n. 28)

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____ residente nel Comune di _____ in Via/Piazza _____ n. _____ Codice Fiscale _____ Telefono _____

DICHIARA

di essere affetta da alopecia derivante da trattamento chemioterapico connesso a patologia oncologica

CHIEDE

(barrare solo la casella interessata)

il contributo economico, in anticipazione, della somma di € _____ (max € 200,00) per l'acquisto di parrucca.

il rimborso della somma di € _____ (max € 200,00) per l'acquisto già effettuato di parrucca .

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

--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;



- Preventivo di spesa per l'acquisto della parrucca oppure ricevuta/fattura/scontrino di avvenuto pagamento per l'acquisto della parrucca;
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità ;
- Fotocopia della tessera sanitaria ;
- Modello ISEE corrente;
- Documentazione da cui si evince Codice IBAN ed intestatario del conto.

Ai fini dell'erogazione del contributo economico e/o del rimborso spese, la sottoscritta

CHIEDE

l'accredito mediante bonifico in c/c postale/bancario n. c/c _____ intestato
a _____ IBAN _____

DICHIARA

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

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).

Luogo e Data

Firma del Richiedente