

Regione Calabria
Dipartimento Salute e Welfare

UOA "Assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale – Programmazione e integrazione socio-sanitaria"

SETTORE 1: Immigrazione, nuove marginalità e inclusione sociale, centro antidiscriminazione, contrasto alla povertà, famiglia e terzo settore, volontariato e servizio civile

ALLEGATO B)

Alla Regione Calabria
Dipartimento Salute e Welfare
Settore 11
Pec welfare.lw@pec.regione.calabria.it

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO ALLE PERSONE CON ALOPECIA DA CHEMIOTERAPIA PER L'ACQUISTO DI
PROTESI TRICOLOGICA_ annualita' 2025**

Il/La sottoscritto/a _____ residente a _____ (Prov. _____),
Via _____ N° _____
C.A.P. _____,
Codice Fiscale _____,
Recapito tel. _____
Indirizzo e-mail _____ (in stampatello) presso cui dovranno essere fatte
pervenire eventuali comunicazioni;

ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, 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 affetto da alopecia derivante da trattamento chemioterapico connesso a patologia oncologica

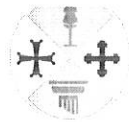
E

CHIEDE

- il contributo economico pari ad € _____ per la spesa sostenuta per l'acquisto della protesi tricologica.

A tale scopo, **ALLEGA** alla presente la seguente documentazione:

1. Certificazione in originale della patologia tumorale e conseguente trattamento chemioterapico causa di alopecia, rilasciata da medico specialista di struttura pubblica o privata convenzionata, competente per la specifica patologia (non il medico di famiglia o specialista privato)
 2. Scontrino fiscale /fattura/ricevuta relativo/a all'acquisto della parrucca sostenuto nell'annualità 2025;
 3. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e della tessera sanitaria;
 4. Dichiarazione, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e s.m.i., attestante:
 - la residenza nella Regione Calabria;
 - di non avere usufruito di altri contributi per l'acquisto di protesi tricologica per cui si presenta richiesta di contributo ai sensi del presente Avviso;
 - c/c bancario o postale intestato al beneficiario, ovvero cointestato con il beneficiario, con relativo codice IBAN (purchè non preveda accrediti esclusivi) sul quale accreditare il contributo o eventuale richiesta di rimessa diretta presso Istituto di Credito.
- E' consentita delega su espressa autodichiarazione rilasciata dal beneficiario, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 44



Regione Calabria
Dipartimento Salute e Welfare

UOA "Assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale – Programmazione e integrazione socio-sanitaria"

SETTORE 1: Immigrazione, nuove marginalità e inclusione sociale, centro antidiscriminazione, contrasto alla povertà, famiglia e terzo settore, volontariato e servizio civile

5. Attestazione ISEE in corso di validità;
6. Informativa relativa all'utilizzo dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003.

Il/La sottoscritto/a, inoltre,

DICHIARA

- di essere a conoscenza delle disposizioni Regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente richiesta e che il contributo costituisce concessione "*una tantum*" per il sostegno alle spese derivanti da terapia oncologica.

Si impegna, altresì, ad integrare la documentazione prodotta ai fini dell'istruttoria su esplicita richiesta da parte della Regione Calabria.

Luogo e Data

Firma
