

ALLEGATO A1



Regione Lombardia

FACSIMILE DI DOMANDA PER L'ACCESSO AI CONTRIBUTI

(in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atto di notorietà, art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Attenzione: la domanda va presentata esclusivamente online all'indirizzo www.bandiservizi.it

All'ATS di _____

Oggetto: domanda per l'accesso al contributo ai sensi della DGR XI/1829 del 2/07/2019 - Azioni per la qualità della vita e l'inclusione sociale delle persone sottoposte a terapia oncologica.**Il/la richiedente**

Cognome e

Nome _____

Nato/a a _____

il _____

Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Residente a _____ CAP _____

Provincia _____

Via _____

Tel. _____

e-mail _____

nel caso di minorenni/incapaci indicare:

in qualità di padre/madre/tutore di

Cognome e

Nome _____

Nato/a a _____

il _____

Residente a _____ CAP _____

Provincia _____

Via _____

Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

CHIEDE

di accedere al contributo di euro 250,00 (duecentocinquanta) per l'acquisto di una parrucca del costo di euro o al contributo di euro (se il costo di acquisto

è inferiore a euro 250,00), ai sensi della Delibera di Giunta della Regione Lombardia n. 1829 del 2/07/2019.

DICHIARA

- di essere residente in Lombardia/che il beneficiario (soggetto minore/incapace) è residente in Lombardia;
- di non aver già presentato domanda per la stessa misura nell'anno solare precedente alla presente richiesta;
- di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000.

ALLEGA ALLA DOMANDA

- documentazione relativa alla spesa sostenuta per l'acquisto della parrucca (copia fattura/ ricevuta fiscale o altro documento contabile);
- certificazione dello specialista curante che attesti la necessità della parrucca in conseguenza dell'insorgenza di alopecia a causa del trattamento chemioterapico/radioterapico;
- copia non autentica del documento di identità del richiedente in corso di validità (da allegare solo nel caso di firma olografa).

INDICA

la seguente modalità per il pagamento del contributo:
 (indicare il conto corrente intestato o cointestato al/alla richiedente o su carta di credito che preveda IBAN)
 Intestatario/i _____

Codice IBAN

Paese	Cin EU	Cin	ABI	CAB	N. CONTO

- Il richiedente dichiara di aver preso visione dell'"Informativa relativa al trattamento dei dati personali (ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e del D. Lgs. n.196/2003 e del D.lgs. 101/2018)" e di dare il consenso affinché i propri dati vengano trattati per le finalità della Misura.

Data _____

Firma (per esteso e leggibile nel caso di firma olografa)
