

Per conto del richiedente

CHIEDE

di beneficiare del contributo di cui alla DGR 1815/2022

a tal fine allega:

- fotocopia della tessera sanitaria
- fotocopia di un documento di identità valido del soggetto beneficiario finale (e dell'eventuale diverso soggetto richiedente)
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta, in originale o in copia, recante codice fiscale della paziente che presenta la domanda, relativa all'acquisto della parrucca
- certificato medico rilasciato dal medico Specialista del SSN/ Medico di Medicina Generale che attesti l'alopecia, da almeno un anno, nelle seguenti forme:
 - alopecia areata in chiazze multiple che interessa più del 40% del capo
 - alopecia totale che interessa l'intero cuoio capelluto
 - alopecia universale che interessa tutto il corpo

DICHIARA

- di trovarsi nella condizione di patologia di cui alla DGR 1815/2022 / che il beneficiario finale si trova nella condizione di patologia di cui alla DGR 1815/2022
- di avere un'età pari o superiore ai 16 anni
- di aver acquistato in data pari o successiva al 01/01/2022 una parrucca per una spesa complessiva di Euro (_____/00) come da documentazione allegata
- di chiedere il rimborso nella misura prevista dalla DGR 1815/2022 (fino ad una spesa di euro 400,00 il rimborso è pari alla spesa effettivamente sostenuta, per una spesa superiore ad euro 400,00 il rimborso è pari ad euro 400,00)
- rispetto alla presente domanda, di non aver mai ottenuto la contribuzione prevista dalla DGR 1815/2022

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente al suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo di richiesta contributo
- a portare in eventuale detrazione fiscale solo la spesa effettivamente sostenuta, al netto pertanto del contributo regionale ricevuto in applicazione della DGR 1815/2022; la responsabilità della dichiarazione veritiera della spesa effettivamente rimasta a proprio

carico grava sul contribuente, il quale è pertanto destinatario delle eventuali sanzioni che l'Agenzia delle Entrate potrà comminare nel caso in cui venga rilevato un errore

Il dichiarante chiede che il contributo venga liquidato secondo la modalità prescelta (*selezionare l'opzione desiderata*):

tramite versamento su conto corrente bancario o postale

Banca o Ufficio Postale _____

Agenzia _____

Codice IBAN _____

DICHIARA altresì

di essere a conoscenza, in quanto informato da codesta Azienda USL, ai sensi della D. Lgs. 196/2003 e s.m.i e del Reg. UE 2016/679, che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica

IL RICHIEDENTE/RAPPRESENTANTE LEGALE/ PERSONA CHE PUÒ FIRMARE PER IMPEDIMENTO TEMPORANEO DEL RICHIEDENTE

consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.) e consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o tempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente non versate per la fornitura di cui trattasi

IL/LA DICHIARANTE

(richiedente/rappresentante legale/persona che può firmare per impedimento temporaneo)

data _____

firma leggibile _____

Ai sensi della normativa succitata, l'autentica della firma può essere omessa se il dichiarante allega alla presente la fotocopia di un documento di identità valido.

