

**DOMANDA PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO AFFETTO DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE O IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO**

**ALLA ASL DI VITERBO - UFFICIO PUA di .....**

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a .....il.....

Residente nel Comune .....

Via/Piazza .....

Tel. .... mail .....

Codice fiscale.....

Medico di Medicina Generale .....

**CHIEDE**

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°586/2020

A tal fine allega:

- (Pazienti oncologici)*
  - Autocertificazione di residenza;
  - Certificato di esenzione per patologia cod.048;
  
- (Pazienti in attesa di trapianto)*
  - Autocertificazione di residenza;
  - Certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio di trovarsi nelle condizioni previste dall'art 4, comma 48, lett.B, L.R. 13/2018;

*(Entrambe le categorie)*

- Certificazione ISEE con valore non superiore a € 15.000,00 ;
- Dichiarazione di eventuale perdita del posto di lavoro (anche attraverso dichiarazione ISEE corrente);
- Dichiarazione di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL e di aver dovuto ricorrere ad un periodo di aspettativa non retribuito.
- dichiarazione ai sensi degli art.46 e 47 DPCM 445/2000 attestante il grado di parentela o affinità o la convivenza con il destinatario del contributo, nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato
- modulo comunicazione dati bancari/postali
- documento di identità del dichiarante

**Autorizzazione al trattamento dei dati personali.**

Il sottoscritto acconsente, ai sensi e per gli effetti del D. L.gs. n. 196/2003, nonché del Regolamento (UE) n. 679/2016, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa sulla privacy consultabile sul sito della ASL Viterbo, al link <http://www.asl.vt.it/Infosito/Privacy.pdf>

Data .....

IL DICHIARANTE

.....  
(Firma Leggibile)