# Modello A

DOMANDA DI CONTRIBUTO PER ACQUISTO PARRUCCA ANNO

ALL’ AZIENDA SANITARIA

ASUGI

ASUFC

ASFO

Il/La sottoscritto/a

Sig./ra ......................................................................................................................................................................................................................................

Codice fiscale: 

CHIEDE

la concessione del contributo previsto dall’art. 9, comma 22 della L.R. n. 26/2020.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità nonché consapevole della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- di essere nato/a a ........................................................................................................................ Prov. ............. il ....................................

di essere residente in via .............................................................................................................................................................. n. .......

Città ..................................................................................................................................... C.a.p. ........................... ex Provincia .............

* di trovarsi nella condizione di patologia di cui alla L.R. n. 26/2020 art. 9, comma 22
* di aver acquistato in data una parrucca per la spesa complessiva

di Euro ......................................................................... (........................../................) come da documentazione fiscale

allegata;

* di essere in possesso dell’attestazione ISEE pari o inferiore ad euro 30.000,00 in corso di validità
* di NON aver mai presentato richiesta di analogo contributo negli anni precedenti.

Chiede che il contributo venga liquidato tramite:

 versamento su C/C bancario o postale

Denominazione della Banca o Banco Posta .....................................................................................................................................................

(indicare l’agenzia o ufficio postale) ......................................................................................................................................................................

Codice IBAN:      

NOTA BENE: il pagamento può essere eseguito solo con versamento su conto corrente bancario o postale necessariamente intestato al richiedente oppure al beneficiario del contributo

 assegno circolare

Recapiti (telefono fisso/cellulare/altro) ................................................................................................................................................................

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nella presente domanda.

*"Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss. mm. e ii."*

**N.B**. La spesa sostenuta per l’acquisto della parrucca può essere detratta ai sensi del DPR 917/1986 TUIR solo per la parte dell’importo di spesa eccedente il contributo erogato che resta a carico dell’interessato.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | IL DICHIARANTE |
| (Luogo e data) |  | (firma leggibile) |

*Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, l’autentica della firma può essere omessa se il dichiarante allega alla presente la fotocopia di un documento di identità valido.*

Allegati:

 fotocopia della tessera sanitaria del beneficiario

 certificazione medica rilasciata dal medico di Medicina Generale o Specialista del SSN che attesti la patologia di tumore e il conseguente trattamento (chemioterapico e/o radioterapico) causa dell’alopecia

 scontrino fiscale o fattura o ricevuta, relativa all’acquisto della parrucca nel corso dell’anno solare (*anno di presentazione della domanda*)

 ISEE del beneficiario pari o inferiore ad euro 30.000,00 in corso di validità

# Modello B

DOMANDA DI CONTRIBUTO PER ACQUISTO PARRUCCA ANNO

Presentata dal rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere – art. 4 del D.P.R. 445/2000.

ALL’ AZIENDA SANITARIA

ASUGI

ASUFC

ASFO

Il/La sottoscritto/a

Sig./ra ......................................................................................................................................................................................................................................

nato/a a ............................................................................................................................................... Prov. ............. il ....................................................

residente in via ................................................................................................................................................................................................ n. .............

Città ........................................................................................................................................... C.a.p. .............................................. Provincia .............

In qualità di

 rappresentante legale del richiedente:

 esercente la potestà genitoriale  tutore  procuratore

 altro, specificare ...................................................................................................................

 persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentela )

del sotto indicato beneficiario finale del contributo:

Sig./ra ......................................................................................................................................................................................................................................

Codice fiscale: 

CHIEDE

la concessione del contributo previsto dall’art. 9, comma 22 della L.R. n. 26/2020 per conto del beneficiario finale. A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità nonché consapevole della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA che il beneficiario del contributo:

- è nato/a a ........................................................................................................................ Prov. ............. il ...................................................

- è residente in via ................................................................................................................................................................ n. .............

- Città ..................................................................................................................................... C.a.p. ........................... ex Provincia .............

* si trova nella condizione di patologia di cui alla L.R. n. 26/2020 art. 9, comma 22;
* ha acquistato in data una parrucca per la spesa complessiva di

Euro ......................................................................... (........................../ ) come da documentazione fiscale allegata;

* è in possesso dell’attestazione ISEE pari o inferiore ad euro 30.000,00 in corso di validità;
* NON ha mai presentato richiesta di analogo contributo negli anni precedenti Chiede che il contributo venga liquidato tramite:

 versamento su C/C bancario o postale

Denominazione della Banca o Banco Posta .....................................................................................................................................................

(indicare l’agenzia o ufficio postale) ......................................................................................................................................................................

Codice IBAN:      

NOTA BENE: il pagamento può essere eseguito solo con versamento su conto corrente bancario o postale necessariamente intestato al richiedente oppure al beneficiario del contributo

 assegno circolare

Recapiti (telefono fisso/cellulare/altro) ............................................................................................................................................................

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nella presente domanda

*"Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss. mm. e ii."*

## N.B.

La spesa sostenuta per l’acquisto della parrucca può essere detratta ai sensi del DPR 917/1986 TUIR solo per la parte dell’importo di spesa eccedente il contributo erogato che resta a carico dell’interessato.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | IL DICHIARANTE |
| (Luogo e data) |  | (firma leggibile) |

*Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, l’autentica della firma può essere omessa se il dichiarante allega alla presente la fotocopia di un documento di identità valido.*

Allegati:

 fotocopia della tessera sanitaria

 certificazione medica rilasciata dal medico di Medicina Generale o Specialista del SSN che attesti la patologia di tumore e il conseguente trattamento (chemioterapico e/o radioterapico) causa dell’alopecia

 scontrino fiscale o fattura o ricevuta, relativa all’acquisto della parrucca nel corso dell’anno solare (*anno di presentazione della domanda*)

 ISEE pari o inferiore ad euro 30.000,00 in corso di validità