

Domanda di sostegno economico per cittadini affetti da patologie oncologiche o in attesa di trapianto di midollo ai sensi della Legge Regionale 13/2018

Il/ la sottoscritt _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____

Tel. _____ e mail _____

Chiede

Di poter beneficiare del contributo economico previsto dalla “ Legge di stabilità regionale 2019” -
“interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista d’attesa per trapianto di organi solidi o di midollo”.

Per se stesso/a, ovvero in favore di _____

Nato/a a _____ (prov _____) il _____

Residente a _____ in via/piazza _____ n° _____

Cap _____ tel. _____ mail _____

Codice Fiscale _____

A tal fine dichiara che il richiedente il beneficio è in possesso dei requisiti previsti dall’avviso e allega:

Fotocopia del documento di identità del beneficiario dell’intervento

nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall’interessato:

- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPCM n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo
- Fotocopia del documento d’identità del sottoscrittore della domanda

Per le persone affette da patologie oncologiche:

- Certificazione relativa al possesso dell’esenzione per patologia oncologia cod. 48

Per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo:

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio o autocertificazione se presentata dall'interessato;
- certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b);

Sia le persone affette da patologie oncologiche sia quelle in lista di attesa per il trapianto di organi solidi o di midollo dovranno produrre idonea documentazione attestante una delle sottoelencate condizioni:

1. di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 5.000.00);
2. di avere perso il proprio posto di lavoro (tale condizione potrà essere dimostrata anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi);
3. di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita
4. ogni altro documento ritenuto utile

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto sopra riportato è vero ed accertabile ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/200, ovvero documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti.

Il sottoscritto consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara altresì esplicitamente la correttezza della sopra riporta residenza dell'interessato/a al beneficio

nella Regione Lazio all'indirizzo sopra indicato.

Dichiara altresì di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati i controlli ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000.

Fermo restando quanto previsto dall'art. 26 della L.15/68, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera.

data _____

Firma