



AZIENDA CONSORTILE
PER LA GESTIONE DELLE POLITICHE SOCIALI
NEI COMUNI DELL'AMBITO TERRITORIALE N. A

Allegato 1)

RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO E/O RIMBORSI SPESE ALLE DONNE
CON ALOPECIA DA CHEMIOTERAPIA PER L'ACQUISTO DI PARRUCCA

(Legge Regionale 8 agosto 2018, n. 28)

All'Azienda Consortile
per la gestione delle Politiche Sociali
nei comuni dell'Ambito Territoriale A1

P.O. info@pianosociale-a1.it

Pec: consrzioa1@legalmail.it

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____
residente nel Comune di _____ in Via/Piazza _____ n. _____
Codice Fiscale _____ Telefono _____
Contatto e-mail _____

ai sensi del DPR 445/2000, art. 46, 47, e 76, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e da Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

- di essere affetta da alopecia derivante da trattamento chemioterapico connesso a patologia oncologica

CHIEDE

- Il contributo economico, in anticipazione, della somma di € _____ (max € 150,00) per l'acquisto di parrucca



AZIENDA CONSORTILE
PER LA GESTIONE DELLE POLITICHE SOCIALI
NEI COMUNI DELL'AMBITO TERRITORIALE N. A

Allegato 1)

- Il rimborso della somma di € _____ (max € 150,00) per l'acquisto già effettuato in data _____ di parrucca

A tale scopo ALLEGA la seguente documentazione:

- certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale o Specialista del SSN che attesti la patologia tumorale e il conseguente trattamento chemioterapico causa di alopecia;
- preventivo di spesa per l'acquisto della parrucca;
- ricevuta, fattura, scontrino di avvenuto pagamento per l'acquisto della parrucca;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- fotocopia della tessera sanitaria;
- attestazione ISEE in corso di validità;

Ai fini dell'erogazione del contributo economico la sottoscritta **CHIEDE** l'accredito mediante bonifico in c/c postale/bancario n. c/c _____ intestato a

IBAN _____

La sottoscritta DICHIARA inoltre di essere a conoscenza delle disposizioni regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente richiesta.

Data _____

Firma della beneficiaria _____