

Oggetto: D.G.R. n. 466/2011 "Rimborso spese sostenute per l'acquisto di protesi tricologica in soggetti affetti da alopecia secondaria a neoplasia maligna", **residenti nella Regione Marche.**

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... (Prov. ....) il .....

Residente nel Comune di ..... (Prov. ....) Cap .....

(segnalare eventuali successive variazioni)

in Via/P.zza ..... n. ....

Recapito telefonico ..... E-mail .....

1) CHIEDE il contributo della somma massima di € 200,00 previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 466/2011;

2) DICHIARA di essere affetto/a da alopecia intercorsa a neoplasia e di aver provveduto all'acquisto di protesi tricologica;

**A tale scopo ALLEGA la seguente documentazione:**

1. Certificato attestante la patologia neoplastica e la situazione di alopecia secondaria intercorsa;
2. Ricevuta / Fattura e/o Scontrino Fiscale del pagamento per l'acquisto di protesi tricologica;
3. Fotocopia del Codice Fiscale;
4. Fotocopia della Carta d'Identità;
5. Eventuale Fotocopia del Codice IBAN.

DICHIARA

Che il versamento della somma assegnata potrà essere effettuato secondo le seguenti modalità:

**(BARRARE LA OPZIONE PRESCELTA)**

Conto Corrente Postale (**nominativo o cointestato**) *Il rimborso non può essere effettuato su Libretto Postale*  
Codice IBAN: (ALLEGARE FOTOCOPIA);  
Ufficio postale n. .... di .....  
(segnalare eventuali successive variazioni)

Conto Corrente Bancario (**nominativo o cointestato**).  
Codice IBAN: (ALLEGARE FOTOCOPIA);  
Banca d'appoggio: Agenzia/ Filiale .....

(segnalare eventuali successive variazioni)

Assegno circolare non trasferibile, con spese a carico del beneficiario, esonerando la amministrazione regionale da qualsiasi responsabilità;

Distinti saluti.

Firma

Data ..... .....

Per eventuali chiarimenti contattare il seguente recapito telefonico: 071.806.4099

Ai sensi dell'art. 13 D.lgs. del 30.06.2003 n. 196, si autorizza il trattamento dei dati ai fini amministrativi

Firma del beneficiario

.....

\*Altri recapiti: E-mail: settore.autorizzazioniaccreditamenti@regione.marche.it

PEC: regione.marche.accreditamentistrutture sanitarie@emarche.it

Telefono: 071 806 4099