

Dipartimento Salute *
Giunta Regione Marche
Palazzo Rossini
Via Gentile da Fabriano, 3
60125 Ancona

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

Il sottoscritto/anato/a a Prov (.....)
Il...../...../.....residente nel Comune di..... Prov (.....)
via/piazzan
telefono fisso telefono cellulare
PEC e-mail

- CHIEDE** il contributo della somma di € 200,00 previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 466/2011;
- 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:

- Certificato attestante la patologia neoplastica e la situazione di alopecia secondaria intercorsa;**
- Ricevuta/Fattura e Scontrino Fiscale del pagamento per l'acquisto di protesi tricologica;**
- Fotocopia del Codice Fiscale;**
- Fotocopia della Carta di Identità;**
- Fotocopia del Codice IBAN del richiedente.**

CHIEDE

che il versamento della somma assegnata potrà essere effettuato secondo le seguenti modalità:
(BARRARE LA OPZIONE PRESCELTA)

- Conto Corrente Postale (nominativo o cointestato).
Ufficio Postale n..... di
Il rimborso **non può essere effettuato su Libretto Postale**
- Conto Corrente bancario (**nominativo o cointestato**).
Banca.....Agenzia/Filiale.....
- Assegno circolare non trasferibile, con spese a carico del beneficiario, esonerando la amministrazione regionale da qualsiasi responsabilità.

Data

Firma.....
(*Firma leggibile dell'interessato*)

* Altri recapiti:

Email settore.spesasanitaria@regione.marche.it

PEC regione.marche_spesasanitaria@emarche.it

TELEFONO 071.806.4099

SITO WEB <https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Salute/Contributi-indennizzi-provvidenze>

Informativa (articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679)

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000, art. 46. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

Consenso (ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. Lgs. n. 196/2003)

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data

Firma.....

(Firma leggibile dell'interessato valido per il consenso al trattamento dei dati personali)

* Altri recapiti:

Email settore.spesasanitaria@regione.marche.it

PEC regione.marche_spesasanitaria@emarche.it

TELEFONO 071.806.4099

SITO WEB <https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Salute/Contributi-indennizzi-provvidenze>