

Al Dirigente del Servizio Sanità *
Giunta Regionale Marche
Palazzo Rossini
Via Gentile da Fabriano, n. 3
60125 Ancona

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). 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

.....

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

.....