

- richiesta della fornitura della parrucca;
- certificazione dello specialista curante che attesti la necessità della parrucca in conseguenza dell'insorgenza di alopecia a causa del trattamento chemioterapico/radioterapico per le verifiche da parte dell'ATS;
- di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000.

ALLEGA ALLA DOMANDA

- documentazione contabile relativa alla spesa sostenuta per l'acquisto della parrucca (copia fattura/ ricevuta fiscale o altro documento contabile) con evidenza di quelle che sono oggetto di richiesta;
- prospetto Excel con l'indicazione per ciascuna fornitura dei dati necessari per le verifiche di competenza delle ATS;
- copia non autentica del documento di identità del richiedente in corso di validità (da allegare solo nel caso di firma olografa).

INDICA

la seguente modalità per il pagamento del contributo: (indicare il conto corrente intestato al/alla richiedente o su carta di credito che preveda IBAN)

Intestatario _____

Codice IBAN

Paese	Cin EU	Cin	ABI	CAB	N. CONTO

- Il richiedente dichiara di aver preso visione dell'"Informativa relativa al trattamento dei dati personali (ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e del D. Lgs. n.196/2003 e del D.lgs. 101/2018)" e di dare il consenso affinché i propri dati vengano trattati per le finalità della Misura.

Data _____

Firma (per esteso e leggibile nel caso di firma olografa)
