

D.G.R.M. 8/5/2019 n. 531 – DOMANDA CONTRIBUTO SPESE A SUPPORTO DELLE CURE ONCOLOGICHE
PRESTAZIONI FRUITE DAL 19/04/2019 AL 10/06/2021
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il ____ / ____ / _____ Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Residente a _____ Via _____

tel. cellulare o fisso _____ Indirizzo email _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

IN QUALITÀ DI

- ☐ diretto interessato
- ☐ genitore del minore
- ☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno di (*allegare Decreto di nomina*)
- ☐ erede (*allegare atto notorio eredi*)
- ☐ delegato (*allegare delega*)

di: _____ C.F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

CHIEDE

Il riconoscimento del CONTRIBUTO per le spese sostenute, nel rispetto del tetto massimo rimborsabile previsto dalla DGR 531/19, per essersi recato/a dalla propria residenza a: _____

con il seguente mezzo di trasporto:

- ☐
- MEZZO PUBBLICO
- ☐
- MEZZO PROPRIO/DI FAMILIARI/DI TERZI
- ☐
- AMBULANZA

A tal fine

DICHIARA

di avere avuto la necessità di un accompagnatore: Sig./ra _____

[illegible]

(In assenza di certificazione attestante la necessità dell'accompagnatore le spese sostenute non verranno rimborsate)

che le somme delle quali richiede il rimborso sono state effettivamente pagate e che non ha goduto di altri rimborsi per lo stesso titolo da parte di enti pubblici o privati.

di aver avuto la prescrizione TERAPEUTICA presso la struttura: _____

per le seguenti prestazioni:

- | | | | |
|---|--|--|-------------------|
| ☐ RADIOTERAPIA | ☐ CHEMIOTERAPIA | ☐ IMMUNOTERAPIA | Periodo _____ |
| ☐ CHIRURGIA ONCOLOGICA _____ | | | Periodo _____ |
| | | | Specificare _____ |
| ☐ TRIAL CLINICI _____ | | | Periodo _____ |
| | | | Specificare _____ |

COMUNICA

che l'importo dovrà essere accreditato nel conto corrente ☐ proprio, oppure ☐ intestato a (*allegare delega*):

C.F. |

[illegible]

Data	Firma dichiarante
------	-------------------

Informativa breve sul trattamento dei dati personali ex artt. 13 e 14 del regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 "GDPR"

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona - Sede: Viale C. Colombo 106 - 60127 Ancona (AN) - PEC: ast.ancona@emarche.it
RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (DPO) Tel.: 071.2911517 - e-mail: dpo.ast.an@sanita.marche.it

Riservata Ufficio:

Protocollo n. _____

Data _____