

**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 _____

C. F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, come da certificazione medica allegata.

(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:

- | | |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/> CHEMIOTERAPIA <input type="checkbox"/> IMMUNOTERAPIA | Periodo _____ |
| <input type="checkbox"/> CHIRURGIA ONCOLOGICA _____ | Periodo _____ |
| <small>Specificare</small> | |
| <input type="checkbox"/> TRIAL CLINICI _____ | Periodo _____ |
| <small>Specificare</small> | |

COMUNICA

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

_____ C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

IBAN |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 _____