



**REGIONE CALABRIA**

*Dipartimento Lavoro e Welfare*

*Settore n. 2 – Welfare: Immigrazione, Nuove Marginalità e Inclusione Sociale – Centro Antidiscriminazione, Contrasto alla Povertà, Famiglia e Servizi Educativi, Terzo Settore, Volontariato e Servizio Civile – Implementazione Misure FSE Programmazione 21/27 Obiettivo Specifico Inclusione*

**ALLEGATO B)**

Alla Regione Calabria  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore 2  
Pec welfare.lw@pec.regione.calabria.it

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO ALLE PERSONE CON ALOPECIA DA CHEMIOTERAPIA PER  
L'ACQUISTO DI PROTESI TRICOLOGICA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_,  
Recapito tel. \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ presso cui dovranno essere fatte pervenire eventuali comunicazioni;

ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice penale e da Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità;

**DICHIARA**

- di essere affetto da alopecia derivante da trattamento chemioterapico connesso a patologia oncologica

**E**

**CHIEDE**

- il contributo economico pari ad € \_\_\_\_\_ per la spesa sostenuta per l'acquisto della protesi tricologica

A tale scopo, **ALLEGA** alla presente la seguente documentazione:

1. Certificazione in originale della patologia tumorale e conseguente trattamento chemioterapico causa di alopecia, rilasciata da medico specialista di struttura pubblica o privata convenzionata, competente per la specifica patologia (non il medico di famiglia o specialista privato)
2. Scontrino fiscale /fattura/ricevuta relativa all'acquisto della parrucca;
3. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e della tessera sanitaria;
4. Dichiarazione, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e s.m.i., attestante la residenza nella Regione Calabria;
5. Dichiarazione, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e s.m.i., di non avere usufruito di altri contributi per l'acquisto di protesi tricologica per cui si presenta richiesta di contributo ai sensi del presente Avviso;
6. Attestazione ISEE in corso di validità;
7. Dichiarazione c/c bancario o postale, con relativo codice IBAN, sul quale accreditare il Contributo o eventuale richiesta di rimessa diretta presso Istituto di Credito, a cui potrà accedere solo il beneficiario (non è consentita delega);



**REGIONE CALABRIA**

*Dipartimento Lavoro e Welfare*

*Settore n. 2 – Welfare: Immigrazione, Nuove Marginalità e Inclusione Sociale – Centro Antidiscriminazione, Contrasto alla Povertà, Famiglia e Servizi Educativi, Terzo Settore, Volontariato e Servizio Civile – Implementazione Misure FSE Programmazione 21/27 Obiettivo Specifico Inclusione*

---

8. Informativa relativa all'utilizzo dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, Allegato B) dell'Avviso pubblico di cui al DDS... n...del...

Il/La sottoscritto/a, inoltre,

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza delle disposizioni Regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente richiesta e che il contributo costituisce concessione *"una tantum"* per il sostegno alle spese derivanti da terapia oncologica.
- di non avere rapporti di coniugio, parentela o affinità entro il secondo grado, con i dirigenti e i dipendenti deputati alla trattazione del presente procedimento di concessione dell'Amministrazione, ai sensi dell'art. 1 della L. 190/2012;
- di non aver concluso nell'ultimo triennio contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi a ex dipendenti dell'Amministrazione regionale che abbiano esercitato poteri autoritativi e negoziali per conto della Regione.

Si impegna, altresì, ad integrare la documentazione prodotta ai fini dell'istruttoria su esplicita richiesta da parte della Regione Calabria.

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_