



Dipartimento per l'Inclusione sociale, la Sussidiarietà e il Welfare di Comunità
Settore 2
"Inclusione sociale e innovazione del Welfare, contrasto alle povertà"

ALLEGATO B)

Alla Regione Calabria
Dipartimento per l'Inclusione sociale, la Sussidiarietà e il Welfare di Comunità
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 _annualita' 2026**

Il/La sottoscritto/a _____ residente a _____ (Prov. _____),
Via _____ N° _____
C.A.P. _____,
Codice Fiscale _____,
Recapito tel. _____
Indirizzo e-mail _____ (in stampatello) 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, nell'annualità 2026.

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 relativo/a all'acquisto della parrucca sostenuto nell'annualità 2026;
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;
 - 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;
 - c/c bancario o postale intestato al beneficiario, ovvero cointestato con il beneficiario, con relativo codice IBAN (purché non preveda accrediti esclusivi) sul quale accreditare il contributo o eventuale richiesta di rimessa diretta presso Istituto di Credito.



Dipartimento per l'Inclusione sociale, la Sussidiarietà e il Welfare di Comunità
Settore 2
"Inclusione sociale e innovazione del Welfare, contrasto alle povertà"

E' consentita delega su espressa autodichiarazione rilasciata dal beneficiario, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 44

5. Attestazione ISEE in corso di validità;

6. Informativa relativa all'utilizzo dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003.

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.

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

Luogo e Data

Firma
