

**Dipartimento Salute \***  
**Giunta Regione Marche**  
**Palazzo Rossini**  
**Via Gentile da Fabriano, 3**  
**60125 Ancona**

**Oggetto:** D.G.R. 466/2011 "Rimborso spese sostenute per l'acquisto di protesi tricologica in soggetti da alopecia secondaria a neoplasia maligna", **residenti nella Regione Marche**

Il sottoscritto/a .....nato/a a ..... Prov (.....)  
Il...../...../.....residente nel Comune di..... Prov (.....)  
via/piazza ..... n .....  
telefono fisso ..... telefono cellulare .....  
PEC ..... e-mail .....

1. **CHIEDE** il contributo della somma di € 200,00 previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 466/2011;
2. **DICHIARA** di essere affetto/a da alopecia intercorsa a neoplasia e di aver provveduto all'acquisto di protesi tricologica;

**A tale scopo ALLEGA la seguente documentazione:**

1. **Certificato attestante la patologia neoplastica e la situazione di alopecia secondaria intercorsa;**
2. **Ricevuta/Fattura e Scontrino Fiscale del pagamento per l'acquisto di protesi tricologica;**
3. **Fotocopia del Codice Fiscale;**
4. **Fotocopia della Carta di Identità;**
5. **Fotocopia del Codice IBAN del richiedente.**

#### **CHIEDE**

che il versamento della somma assegnata potrà essere effettuato secondo le seguenti modalità:

**(BARRARE LA OPZIONE PRESCELTA)**

- Conto Corrente Postale (nominativo o cointestato). Il rimborso non può essere effettuato su Libretto Postale Ufficio Postale n..... di .....
- Conto Corrente bancario (**nominativo o cointestato**).  
Banca.....Agenzia/Filiale.....
- Assegno circolare non trasferibile, con spese a carico del beneficiario, esonerando la amministrazione regionale da qualsiasi responsabilità.

Data .....

Firma.....

*(Firma leggibile dell'interessato)*

\* Altri recapiti:

Email settore.autorizzazioniaccreditamenti@regione.marche.it

PEC regione.marche.accreditamentistrutturesanitarie@emarche.it

TELEFONO 071.806.4099

SITO WEB <https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Salute/Contributi-indennizzi-providenze>

**Informativa (articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679)**

*Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000, art. 46. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.*

**Consenso (ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003)**

*Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.*

Data .....

Firma .....

*(Firma leggibile dell'interessato valido per il consenso al trattamento dei dati personali)*

**\* Altri recapiti:**

Email settore.autorizzazioniaccreditamenti@regione.marche.it

PEC regione.marche.accreditamentistrutturesanitarie@emarche.it

TELEFONO 071.806.4099

SITO WEB <https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Salute/Contributi-indennizzi-providenze>