DOMANDA DI CONTRIBUTO PER ACQUISTO PARRUCCA ANNO			
ALL' AZIENDA SANITARIA			
ASUGI			
ASUFC			
ASFO			
II/La sottoscritto/a			
Sig./ra			
Codice fiscale:			
CHIEDE			
la concessione del contributo previsto dall'art. 9, comma 22 della L.R. n. 26/2020. A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità			
amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi			
o contenenti dati non più rispondenti a verità nonché consapevole della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000),			
provvedimento emanato suna base di dicinarazioni non ventiere (articon 75 e 76 dei D.P.R. n. 4457 2000),			
DICHIARA QUANTO SEGUE:			
- di essere nato/a a Prov il			
di essere residente in via			
Città C.a.p ex Provincia			
- di trovarsi nella condizione di patologia di cui alla L.R. n. 26/2020 art. 9, comma 22			
- di aver acquistato in datauna parrucca per la spesa complessiva			
di Euroda documentazione fiscale			
allegata;			
- di essere in possesso dell'attestazione ISEE pari o inferiore ad euro 30.000,00 in corso di validità			
- di NON aver mai presentato richiesta di analogo contributo negli anni precedenti.			
Chiede che il contributo venga liquidato tramite:			
□ versamento su C/C bancario o postale			
Denominazione della Banca o Banco Posta			
(indicare l'agenzia o ufficio postale)			
Codice IBAN:			
NOTA BENE: il pagamento può essere eseguito solo con versamento su conto corrente bancario o postale necessariamente intestato al richiedente oppure al beneficiario del contributo			
assegno circolare			
Recapiti (telefono fisso/cellulare/altro)			

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nella presente domanda.

N.B. La spesa sostenuta per l'acquisto della parrucca può essere detratta ai sensi del DPR 917/1986 TUIR solo per la parte dell'importo di spesa eccedente il contributo erogato che resta a carico dell'interessato.

NE CONTRACTOR OF THE CONTRACTO	IL DICHIARANTE	
(Luogo e data)	y	(firma leggibile)
Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, l'autentica della firma può essere or identità valido.	messa se il dichia	rante allega alla presente la fotocopia di un documento di
Allegati:		
☐ fotocopia della tessera sanitaria del beneficiario		
☐ certificazione medica rilasciata dal medico di Med di tumore e il conseguente trattamento (chemioterap		
scontrino fiscale o fattura o ricevuta, relativa all presentazione della domanda)	'acquisto del	la parrucca nel corso dell'anno solare (anno di
☐ ISEE del beneficiario pari o inferiore ad euro 30.00	00.00 in corso	di validità