



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

**DOMANDA DI CONTRIBUTO AI SENSI DELLA DELLA D.G.R. N. 13-13352 del
22.02.2010 e s.m. erogazione contributo per l'acquisto di parrucche , a favore di
bambine,adolescenti e donne residenti in Piemonte, affette da alopecia, a seguito di chemioterapia**

Al Servizio Assistenza Integrativa - Protesica dell' A.S.L. TO4 – Distretto di

La sottoscritta nata a

il, residente invia n.

Codice fiscale

Tel. Email

**In caso di rappresentante legale (genitore,tutore, procuratore, ecc) o di persona che firma per
impedimento temporaneo della richiedente – art.4, DPR 445/2000 – compilare anche i seguenti campi:**

Il sig./anato il

residente in via.....n.....

città.....CAP.....Provincia.....

In qualità di rappresentante legale del richiedente:

tutore procuratore persona che firma per impedimento temporaneo del
richiedente (specificare il grado di parentela.....)

per conto del richiedente

CHIEDE

di beneficiare del contributo per l'acquisto della parrucca.

- A tal fine allega:
- 1) fattura originale/ricevuta d'acquisto//scontrino fiscale recante codice fiscale della paziente.
 - 2) attestazione del centro oncologico di affezione da alopecia secondaria a trattamenti chemioterapici o radioterapici.
 - 3) Dichiarazione ISEE anno precedente non superiore a Euro 38.000,00.

Codice IBAN per eventuale accredito.....

N.B. non possono usufruire del programma le pazienti che ne abbiano già beneficiato nel corso degli ultimi 4 anni

Data.....

Firma.....

SPAZIO DA UTILIZZARSI DA PARTE DEGLI UFFICI DELL'ASL TO4

In data odierna è stata inoltrata domanda di rimborso ed i relativi allegati presentata dal Sig./ra

.....

Data

Timbro e firma dell'operatore ASL