

**RICHIESTA DI RIMBORSO
PER L'ACQUISTO DI PARRUCCA**

(Legge Regionale 27 dicembre 2017 n. 18 Deliberazione della Giunta Regionale n. 272 del 26.3.2018)

Al Direttore Generale
Azienda USL Umbria n. 2
Via Bramante
05100 – Terni
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ residente nel comune
di _____ Via/Piazza _____ n. civico _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

CHIEDE

- il rimborso della somma di _____ (massimo 300 euro) per l'acquisto di parrucca

DICHIARA

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

A tale scopo ALLEGA la seguente documentazione:

1. certificato che attesti la patologia neoplastica e l'intercorsa alopecia secondaria a trattamenti chemioterapici;
2. ricevuta/fattura/scontrino di avvenuto pagamento per l'acquisto della parrucca;
3. certificato di idoneità CE della parrucca;
4. copia documento di identità in corso di validità;
5. copia tessera sanitaria in corso di validità.

Ai fini del rimborso, CHIEDE l'accredito mediante bonifico in c/c postale / bancario
IBAN: **ALLEGARE STAMPA DELLA BANCA/POSTA (con indicato l'intestatario, il conto corrente e il codice IBAN)**

DICHIARA di essere a conoscenza delle disposizioni regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente richiesta.

AUTORIZZA, per le finalità di cui alla presente modulistica, il trattamento dei dati personali conferiti anche mediante modalità informatiche e telematiche (art. 13, D.Lgs n. 196/2003).

Firma del beneficiario o legale rappresentante

_____, addì, _____