

RICHIESTA DI RIMBORSO  
PER L'ACQUISTO DI PARRUCCA  
(Legge Regionale 27 dicembre 2017 n. 18  
Deliberazione della Giunta Regionale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ 2018)

Al Direttore Generale  
Azienda USL Umbria n. ....

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 (*posteriore al 01 gennaio 2018*);

Ai fini del rimborso, CHIEDE l'accredito mediante bonifico in c/c postale / bancario (indicare banca d'appoggio) / N. c/c \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_  
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, \_\_\_\_\_