

**ALLEGATO 1 - ISTANZA DI CONTRIBUTO**

Alla **ASL di Teramo**  
**Dipartimento Assistenza territoriale**  
[cast@pec.aslteramo.it](mailto:cast@pec.aslteramo.it)

**Riferimenti imposta di bollo**

**Nr. Identificativo della marca da bollo:** .....

**Data:** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 si dichiara che la marca da bollo è stata annullata per la presentazione della presente candidatura e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento che ne richieda l'apposizione.

Il sottoscritto:

**DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE**

Nome e cognome	
Luogo e data di nascita	
Indirizzo residenza (Via – Città – Provincia)	
Codice Fiscale	
Recapito telefonico	
e-mail	

**CHIEDE**

- l'erogazione del **contributo** di € \_\_\_\_\_, per l'**acquisto nell'anno 2023** di protesi tricologica;

**ovvero**

- l'erogazione del **contributo** di € \_\_\_\_\_, per l'**acquisto nell'anno 2023** di un servizio di dermopigmentazione o trucco permanente.

A tal fine, allega:

- documentazione medica attestante la patologia oncologica e conseguente trattamento chemioterapico causa dell'alopecia;
- documento di spesa fiscalmente valido, attestante la spesa sostenuta per l'acquisto nell'anno 2023 di (*barrare l'opzione di interesse*):
  - protesi tricologica;ovvero
  - servizio di dermopigmentazione o trucco permanente;
- copia fronte-retro del documento di identità in corso di validità del paziente destinatario del contributo e dell'istante, qualora la richiesta sia presentata da altro soggetto tra quelli di cui all'art. 4, comma 1.

Luogo e data, \_\_\_\_\_.

Il richiedente  
(firma)

\_\_\_\_\_