



COMUNE DI ONANO

(PROVINCIA DI VITERBO)

Piazza Monaldeschi della Cervara, 1 – tel.0763/78021 – Fax.0763/78391

pec: comuneonano@pec.it

====*=====

AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI A SOSTEGNO DEI CITTADINI SOTTOPOSTI A TERAPIA ONCOLOGICA PER L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA

In attuazione dell'Art. 7, commi 77-81 della Legge Regionale n. 28/19, come modificato dall'Art. 15 della Legge Regionale 15/2025, è stato approvato il terzo avviso, anno 2026.

DESTINATARI

1. Pazienti affetti da patologie oncologiche che necessitano di trattamenti medici, clinici, di laboratorio, chirurgici e radioterapici presso Strutture Sanitarie regionali, le cui patologie siano certificate da centri di riferimento oncologici o di Strutture a valenza regionale o da altro Dirigente Sanitario da essi delegato;
2. Pazienti in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo che si sottopongano a tipizzazioni tissutali, a trapianti, a controlli periodici e ad interventi e ricoveri conseguenti ad eventuali complicanze.

Le domande devono essere corredate della sottoelencata documentazione:

Per le persone affette da patologie oncologiche:

- a) Dichiarazione ai sensi dell'articolo 46 del DPR n.445/2000 e smi, attestante la residenza nella Regione Lazio;
- b) Fotocopia del documento d'identità del richiedente in corso di validità;
- c) Dichiarazione ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii. attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato;

- d) Attestazione di pagamento (scontrino fiscale o fattura o ricevuta) relativa all'acquisto della parrucca avvenuto entro la scadenza del predetto avviso;
- e) Attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore ad € 50.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi;

TERMINI E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di contributo corredata dalla documentazione necessaria, va presentata alla ASL di Viterbo **entro il 31 ottobre 2026**, secondo le seguenti 2 modalità:

1. Consegna presso gli sportelli dei Punti Unici di Accesso (PUA), indicati nella tabella 1;
2. Invio tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: prot.gen.asl.vt@legalmail.it;

Valutazione delle domande ed assegnazione del contributo:

Sulle domande pervenute, verrà effettuata valutazione da parte della Commissione Interdistrettuale sulla base delle indicazioni generali fornite dall'Allegato A della DGR n. 964/2025;

Le risultanze delle valutazioni effettuate dalla UVMD verranno trasmesse, a cura della Direzione Generale della ASL di Viterbo, alla Direzione Regionale del Lazio – Inclusione Sociale entro il 30 novembre 2026.

Direzione Regionale per l'Inclusione Sociale che procederà all'erogazione di contributi alle AA.SS.LL. del Lazio per la liquidazione, agli aventi diritto.

L'importo del contributo erogabile per ciascun beneficiario è quantificato in € 350,00 e comunque non potrà essere superiore al costo sostenuto per l'acquisto della parrucca.

Sedi PUA per la presentazione delle domande:

DISTRETTO	SEDE	INDIRIZZO	RECAPITO TELEFONICO	ORARI
Distretto A	Tarquinia	Via Igea, 1	0766 846205 0766846201	dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.00 martedì dalle 15.00 alle 17.00
	Montefiascone	Via Dante Alighieri, 100	0761 1860342	dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.00 martedì dalle 15.00 alle 17.00
	Bagnoregio	Via Fratelli Agostini, 6	0761 1860420	dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.00
	Acquapendente	Via Cesare Battisti, 68	0763 735294	dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 13.00
Distretto B	Viterbo	Via E. Fermi, 15	0761 236815 0761 236514	dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.00 giovedì dalle 15.00 alle 17.00
	Soriano Cimino nel	Via Innocenzo VIII, 73	0761 236815 0761 236514	dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.00
	Orte	Via Gramsci, 66	0761 338218	dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.00 giovedì dalle 14.30 alle 16.30
Distretto C	Vetralla	Via Cassia, Km 63	0761 338780	dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.00 mercoledì dalle 14.30 alle 16.30
	Civita Castellana	Via F. Petrarca, snc	0761 592343	dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 12.00 mercoledì dalle 14.30 alle 16.30



IL SINDACO
PACIFICO BIRIBICCHI

Domanda di contributo anno 2026 per l'acquisto della parrucca, finalizzato ad allievare il disagio psicologico derivante da patologie che comportano alopecia (Delibera Regione Lazio n. 964 del 28/10/2025)

Alla ASL di Viterbo - Ufficio PUA

Distretto A		Distretto B		Distretto C	
-------------	--	-------------	--	-------------	--

Il/La sottoscritt_

Nome	Cognome
Nat il	A ()
Residente a:	Via n.
Codice Fiscale:	
Tel.	Mail:
IBAN(scrivere in stampatello leggibile):	

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, caregiver, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere - art.4 D.P.R. 445/2000 compilare i seguenti campi:

Nome	Cognome
Nat il	A ()
Residente a:	Via n.
Codice Fiscale:	
Tel.	Mail:
in qualità di:	
• Tutore _____ • Procuratore _____ • Altro _____ • Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di Parentela) _____ • Caregiver (l.r. n.5/2024) il cui stato è riconosciuto dai servizi territoriali tramite un tesserino specifico denominato "Card Giver" _____	

Chiede

Di accedere al contributo per l'acquisto della parrucca come da avviso della ASL Viterbo con scadenza 31 ottobre 2026

Allega:

1. Dichiarazione ai sensi dell'articolo 46 del DPR n.445/ 2000 e smi, attestante la residenza nella Regione Lazio
2. Fotocopia documento identità del richiedente e dell'eventuale delegato
3. Certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista SSR che attesti la patologia oncologica (e il conseguente trattamento causa della alopecia) o altra patologia tale da comportare alopecia
4. Scontrino fiscale o fattura o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca avvenuto entro la scadenza del predetto avviso
5. Attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 50.000,00 euro, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi
6. Dichiarazione ai sensi degli art 46 e 47 del DPR n.445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato

Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Il sottoscritto acconsente, ai sensi e per gli effetti del D. L.gs. n. 196/2003, nonché del Regolamento (UE) n. 679/2016, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa sulla privacy consultabile anche sul sito della ASL Viterbo, al link <http://www.asl.vt.it/Infosito/Privacy.pdf> e informativa predisposta dalla Giunta Regionale del Lazio ai sensi dell'art.14 RGPD, disponibile anche sul sito web della Regione alla seguente url: <https://www.regione.lazio.it/cittadini/socile-famiglie/integrazione-sociosanitaria>.

Data _____

Firma _____