

Allegato 1: Modello domanda

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLE AGEVOLAZIONI
PR FESR FSE+ CALABRIA 2021-2027**

La sottoscritta _____ nata a _____ (____), il _____ CF
_____ residente a _____ (____) in via
_____, n. _____ CF _____ recapito telefonico _____ fax _____ e-mail _____
_____, P.E.C. _____

CHIEDE

di poter accedere al contributo previsto dall'Avviso _____, per un
ammontare pari a Euro _____² (riportare qui l'importo del contributo richiesto).

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,
ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- a) essere cittadina italiana [*o in alternativa i) di essere cittadina di uno Stato membro dell'Unione Europea o ii) di uno Stato extra UE e in possesso di regolare permesso di soggiorno (ai sensi del D. Lgs. 286/98 e ss.mm.ii.)*];
- b) essere residenti [*o, in alternativa, domiciliata*] nel territorio della Regione Calabria;
- c) essere
 - ☐ 1 - in condizione di malattia oncologica e/o
 - ☐ 2 - caregiver responsabilità di cura di familiari oncologici fiscalmente a carico;

Nel caso di cui al punto 2, fornire le generalità del familiare oncologico:

- i. Familiare oncologico 1: Nome e Cognome _____ nato/a a
_____(____), il _____ CF _____
residente a _____ (____) in via _____ n. _____, CF
_____;
- ii. Familiare oncologico 1: Nome e Cognome _____ nato/a a
_____(____), il _____ CF _____
residente a _____ (____) in via _____ n. _____, CF
_____;
- iii. Familiare oncologico 1: Nome e Cognome _____ nato/a a
_____(____), il _____ CF _____
residente a _____ (____) in via _____ n. _____, CF

² Riportare qui l'importo del contributo richiesto.

- _____.
- d) essere in possesso di certificazione I.S.E.E. Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) pari a € _____ (inferiore a € 35.000).

DICHIARA altresì

- i. di aver ricevuto l'Informativa sul trattamento dati, il cui contenuto è da intendersi qui integralmente richiamato e trascritto;
- ii. di aver regolarmente assolto all'obbligo di pagamento per l'imposta di bollo relativa alla presente domanda;
- iii. di impegnarsi, nel caso di ammissione a finanziamento, al rispetto delle disposizioni dell'Avviso e, in particolare, di rispettare gli obblighi di cui al par. 5.1 del medesimo;
- iv. di utilizzare il seguente conto corrente bancario intestato a _____: n. conto corrente _____ istituto di credito _____
agenzia _____ di _____ ABI _____ CAB _____
IBAN _____, quale conto corrente dedicato all'operazione.;
- v. di voler sottoscrivere il Patto di Solidarietà/di non voler sottoscrivere il Patto di Solidarietà e di impegnarsi, conseguentemente, a restituire il 15% della sovvenzione riconosciuta alle condizioni che verranno indicate da ENM.

Si allega:

- i) documento d'identità in corso di validità in formato PDF della richiedente;
- ii) **(ove ricorre)** documento d'identità in corso di validità in formato PDF del/i paziente/i oncologico nel caso di donna con carichi di cura di familiari oncologici fiscalmente a carico del nucleo familiare;
- iii) **(ove ricorre)** in caso di tutore, il file unico in formato PDF comprensivo della copia del Decreto di Nomina del Tribunale e del documento d'identità in corso di validità del tutore;
- iv) certificato rilasciato, nel rispetto della tutela dei dati sensibili, dalla struttura ospedaliera, che attesti la condizione di malattia oncologica della destinataria diretta della sovvenzione o dei familiari fiscalmente a carico della caregiver richiedente.

Luogo e data

Firma
digitale