



OGGETTO: Erogazione contributi per “ Trasporto dei malati affetti da patologia oncologica presso centri di cura e riabilitazione “.

A V V I S O

Nell’ambito di questo Distretto Socio-Sanitario “D/10”, è stato approvato il Progetto dal titolo “Trasporto dei Malati Affetti da Patologia Oncologica presso Centri di Cura e Riabilitazione”, previsto nel Piano di Zona - Triennio 2013/2015.

Il servizio consiste nella erogazione di un contributo forfettario di €. 25,00 per un massimo di 18 trattamenti, quale parziale rimborso relativo alle spese di viaggio affrontate dal malato per il raggiungimento dei centri ambulatoriali di cura e terapia oncologica.

Per quanto sopra, i cittadini interessati e/o i loro familiari, che durante l’anno 2015 (periodo dall’ 1/1/2015 al 31/12/2015) hanno effettuato le predette prestazioni oncologiche, potranno presentare istanza entro il **31 DICEMBRE 2015**, sull’apposito modello da ritirarsi presso l’Ufficio Servizi Sociali Comunali, con acclusa la seguente documentazione:

- Certificazione sanitaria rilasciata da centri di terapia oncologica, dalla quale si evincono le effettive sedute e/o visite di controllo;
- Ultima Certificazione ISEE;
- Valido documento di riconoscimento dell’istante.

Si rappresenta che non saranno ammessi alla fruizione del servizio i malati già ricoverati in istituto.

Sarà redatta apposita graduatoria di merito, tenuto conto del valore ISEE, con ammissione al servizio sino alla concorrenza dei fondi disponibili.

Il presente bando verrà affisso in tutti i Comuni del Distretto e nei relativi siti istituzionali dal 03/06/2015 al 31/12/2015.

Mussomeli, li 03/06/2015

Il Responsabile dell’ Area Amministrativa

f.to (Dott.ssa Antonina Cordaro)



AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

e/o FAMILIARE _____ NATO A

_____ IL _____,

RESIDENTE NEL COMUNE DI _____ IN VIA _____

TEL. N. _____

CHIEDE

DI USUFRUIRE DEL CONTRIBUTO FORFETTARIO PER IL TRASPORTO DEI MALATI
AFFETTI DA PATOLOGIA ONCOLOGICA PRESSO CENTRI DI CURA E DI
RIABILITAZIONE, DURANTE L'ANNO **2015**.

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Certificazione sanitaria rilasciata da centri di terapia oncologica, dalla quale si evincono le effettive sedute e/o visite di controllo;
- Ultima Certificazione ISEE;
- Valido documento di riconoscimento dell'istante.

DICHIARA DI NON ESSERE A REGIME DI RICOVERO PRESSO NESSUNA STRUTTURA
SANITARIA/SOCIO-SANITARIA.

_____, li _____
