Allegato 1

All'Ordine degli Psicologi del Lazio

Oggetto: Delega a presentare istanza di ammissione agli interventi di benessere psicologico e/o psicoterapia per pazienti oncologici finanziati dalla Regione Lazio attraverso fondi europei (a valere sul PR FSE+ 2021-2027 della Regione Lazio, Priorità Inclusione sociale, Obiettivo specifico k) per 16 incontri e dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso dei requisiti

Io sottoscritto/a (*nome e cognome beneficiario*) _____

codice fiscale _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

tipologia e numero documento di identità _____

DELEGO

(inserire il nominativo di chi presenterà domanda di ammissione al beneficio per conto del beneficiario)

_____

a porre in essere tutti gli adempimenti necessari a presentare per mio conto istanza di ammissione agli interventi di cui all'iniziativa in oggetto, approvando senza riserva il suo operato, consapevole che il/la delegato/a potrà accedere alle informazioni sull'accettazione della domanda e a tutte le successive fasi, ivi compreso il numero delle sessioni svolte.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la mia personale responsabilità (art. 76 Dpr n. 445/2000),

DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazioni)
e 47 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà) del Dpr n. 445/2000

- di essere da almeno 6 mesi *(spuntare una sola opzione)*
  - ☐ residente
  - ☐ domiciliato

  nel comune di _____ , indirizzo _____

- di possedere un ISEE in corso di validità inferiore a 40.000,00 euro;

- di possedere il seguente titolo di studio:
  - ☐ Nessun titolo
  - ☐ Licenza elementare / Attestato di valutazione finale

Il presente modulo deve essere compilato e firmato dal paziente beneficiario dell'iniziativa e deve essere consegnato al soggetto delegato che si occuperà di presentare la domanda di ammissione al beneficio.

Allegato 1

- ☐ Licenza media / Avviamento professionale
- ☐ Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'Università
- ☐ Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'Università
- ☐ Qualifica professionale regionale post-diploma, Certificato di Specializzazione Tecnica Superiore (IFTS)
- ☐ Diploma di Tecnico Superiore (ITS)
- ☐ Laurea di I livello (triennale), Diploma universitario, Diploma accademico di I livello (AFAM)
- ☐ Laurea magistrale / specialistica di II livello, Diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), Diploma accademico di II livello
- ☐ Titolo di Dottore di Ricerca

- di essere nella seguente condizione occupazionale:
  - ☐ Occupato
  - ☐ Disoccupato fino a 12 mesi
  - ☐ Disoccupato da oltre 12 mesi
  - ☐ Inattivo (studenti, pensionati, etc.)

- di essere nella seguente condizione di svantaggio:
  - ☐ Nessuna
  - ☐ Disabile
  - ☐ Appartenente a minoranza (comprese le comunità emarginate come i Rom)
  - ☐ Cittadino di Paese terzo (cittadinanza NON italiana)
  - ☐ Cittadino di origine straniera (con cittadinanza italiana e genitori stranieri)
  - ☐ Senzatetto o persona colpita da esclusione abitativa

Allego:

- Copia del mio documento di identità;
- Certificato di esenzione per patologia oncologica – Codice 048 rilasciato dalla ASL in corso di validità.

Ho letto l'informativa sul trattamento dei dati personali disponibile alla pagina https://psiconcologia.lazio.it/doc/informativa.pdf ed esprimo il consenso al trattamento dei dati forniti.

Data _____ Firma _____

Il presente modulo deve essere compilato e firmato dal paziente beneficiario dell'iniziativa e deve essere consegnato al soggetto delegato che si occuperà di presentare la domanda di ammissione al beneficio.