

ALLEGATO SUB. 1

MODULO PER LA DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO ECONOMICO PER LA CRIOCONSERVAZIONE DEGLI OVOCITI (SOCIAL FREEZING), PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ PER FINI SOCIALI. LEGGE REGIONALE N. 42 DEL 31/12/2024, ART. 40 "NORME IN MATERIA DI PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ PER FINI SOCIALI".

Al **Direttore Generale ASL FG**

Per il tramite del Direttore dell'Area Coordinamento Servizio Socio-sanitario

coordareasociosan@mailcert.aslfg.it

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 consapevole che, in caso di false dichiarazioni o false attestazioni accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione o attestazione non veritiera, la sottoscritta:

ISTANTE	Nome _____ Cognome _____
	Luogo e data di nascita _____
	Codice Fiscale
	Indirizzo di residenza _____ (Città, via e n. civico)
	Numero di telefono _____ Mail _____
	Pec _____

CHIEDE

di essere ammessa al finanziamento, ai sensi della LR n. 42 del 31/12/2024 art. 40, previsto dall'Avviso Pubblico della ASL FG per l'assegnazione di contributi economici a sostegno della crioconservazione degli ovociti a fini sociali (social freezing).

A tal fine, sotto la propria responsabilità

DICHIARA,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e mendaci:

- ☐ di essere residente senza interruzioni nella Regione Puglia da almeno 12 mesi alla data di presentazione della domanda nonché residente nel territorio della provincia BT attuale al momento della presentazione della domanda;
- ☐ di avere un'età compresa tra i 27 e i 37 anni alla data di presentazione della domanda;
- ☐ di essere in possesso di attestazione ISEE ordinario in corso di validità con un valore pari o inferiore a € 30.000,00;
- ☐ di non avere già beneficiato di contributi analoghi erogati dalla Regione Puglia per la medesima finalità (il contributo è erogabile una sola volta nella vita);
- ☐ di rivolgersi presso centri di Procreazione medicalmente assistita sia pubblici che privati purché autorizzati dal Ministero della Sanità e inseriti nel registro nazionale PMA presenti su tutto il territorio nazionale;
- ☐ di essere consapevole che la prestazione richiesta non rientra tra i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ai sensi del DPCM 12/1/2017 e s.m.i.;
- ☐ di impegnarsi a comunicare, a pena di decadenza dal beneficio, entro i successivi sessanta giorni dalla comunicazione di ammissione, l'avvio della procedura allegando documentazione probatoria (almeno la prenotazione della visita).
- ☐ di impegnarsi a rendicontare le spese sostenute dal 01/01/2025, pena decadenza del diritto al rimborso, entro e non oltre il 30.06.2027 (in caso di domanda presentata per l'annualità 2026) ed entro e non oltre il 30.06.2028 (in caso di domanda presentata per l'annualità 2027).
- ☐ di essere consapevole che in caso di decadenza dal beneficio per non aver comunicato l'avvio della procedura, non sarà possibile presentare domanda per l'annualità successiva rispetto a quella per cui si concorre;

La sottoscritta dichiara di accettare le clausole previste dall'Avviso e si impegna a rilevare la propria posizione in graduatoria dalla pubblicazione che sarà effettuata dall'Azienda sanitaria sul proprio sito istituzionale, nell'area "Amministrazione trasparente" - Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici;

Allegati alla presente:

- Copia del documento di identità in corso di validità;
- Attestazione ISEE ordinaria in corso di validità, con valore pari o inferiore a € 30.000,00.

A tal fine il dichiarante comunica di voler ricevere l'accredito del contributo, nel caso di ammissione al beneficio:

**INFORMATIVA EX ART 13-14 DEL GDPR 679/2016 RELATIVO ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON
RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016), si informano gli interessati che il trattamento dei dati personali forniti in sede di partecipazione al presente avviso pubblico saranno raccolti dall'ASL di Foggia, in qualità di Titolare del trattamento dei dati.

I dati personali dei candidati saranno trattati, attraverso sistemi informatizzati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale dell'ASL di Foggia designato come responsabile del trattamento. Al di fuori di queste ipotesi, i dati non saranno diffusi, né saranno comunicati a terzi, fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nell'attività istruttoria e nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia, con sede legale in Via Michele Protano, 13 - 71121 Foggia (FG) - telefono: 0881 884609 mail: dirgen.segreteria@aslfg.it
pec: direttoregenerale@mailcert.aslfg.it.

Per esercitare i diritti di cui agli articoli 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento UE 2016/679) è possibile rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati personali, che è contattabile ai seguenti riferimenti:

Telefono: 0881 884724

email: rpd@aslfg.it

pec: rpd@mailcert.aslfg.it

Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito web all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia>, nell'apposita sezione "Privacy".

Per presa visione:

Firma leggibile: _____