

SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA
AREA SERVIZI SOCIALI

Spazio riservato
all'ufficio

Prot. _____ del _____



Città di Marsala

Medaglia d'oro al Valore Civile

ESENTE DA BOLLO

**COMUNE DI MARSALA
AL DIRIGENTE
SETTORE SERVIZI ALLA FAMIGLIA
VIA FALCONE, N. 5
MARSALA**

**SERVIZIO: RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO STRAORDINARIO PER
BENEFICIARE DI FARMACI DI FASCIA C (art.18.1 REGOLAMENTO COMUNALE
“INTERVENTI ECONOMICI E DI SOLIDARIETA’ SOCIALE” APPROVATO DAL CONSIGLIO
COMUNALE CON DELIBERA N° 62 del 29/05/2018)**

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il/...../..... Codice Fiscale
e residente in (Provincia) C.A.P.
Via n.
Telefono/..... Fax/.....
e-mail.....

Eventuale altro domicilio (se diverso dalla residenza)

Comune (Provincia) C.A.P.
Via n. Telefono/.....

(Da compilare a cura del presentatore solo se diverso dal richiedente)

Presentata da
(Cognome e Nome)

☐ nella qualità di incaricato dal richiedente

con sede in Via n°
Telefono/..... Fax/.....
e-mail

(n.b. i moduli dovranno essere sottoscritti in ogni pagina)

A TALE SCOPO DICHIARA

AI SENSI DEGLI ARTT. 46- 47- 76 DEL D.P.R. 28/12/2000, N. 445, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ PENALI CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI

-Di essere a conoscenza dei - requisiti di ammissione e di esclusione indicati nel Regolamento Comunale approvato dal Consiglio Comunale con Delibera n°62 del 29/05/2018 e successive modifiche.

-Di impegnarsi a: -comunicare tempestivamente al personale tecnico e/o amministrativo dell'Ufficio Solidarietà Sociale qualsiasi variazione che comporti la modifica dei requisiti di accesso.

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE SI COMPONE COME APPRESSO:

Dichiarante	Nome e Cognome	Luogo e Data di nascita	Stato civile

CHIEDE

di poter usufruire del “**Contributo economico straordinario**”, a fronte della condizione patologica riscontrata nel corso dell’anno di riferimento dal Medico Specialista per l’acquisto straordinario di farmaci differenti di FASCIA C in favore:

☐ **del richiedente** _____

☐ **per il componente del proprio nucleo familiare(generalità)**_____

ALLEGA

- Certificato medico rilasciato da un medico specialista dell'ASP attestante la patologia del soggetto e la tipologia del farmaco.
- Attestazione ISEE indicatore di riferimento ISEE, riferito all'anno in corso;
- Preventivo di spesa rilasciato dalle strutture abilitate alla dispensazione di farmaci
- Copia del permesso di soggiorno, se trattasi di soggetto immigrato.

DI ESSERE A CONOSCENZA

CHE IL MEDICO SPECIALISTA DELL'ASP OLTRE CHE ATTESTARE LA PATOLOGIA DEL SOGGETTO BENEFICIARIO E LA TIPOLOGIA DEL FARMACO, DOVRÀ AGGIUNGERE ALLA CERTIFICAZIONE SPECIFICA ANNOTAZIONE" TRATTASI DI FARMACO DI FASCIA C INDISPENSABILE PER LA PATOLOGIA ECCEZIONALE DEL SOGGETTO".

Data_____

FIRMA

Tutela delle persone e di altri soggetti al trattamento dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n° 196 del 30 giugno 2003 si informa che i dati personali forniti a questo Ente Comunale nell'ambito del procedimento cui è inserita la presente istanza, saranno oggetto di trattamento, svolto con o senza l'ausilio di sistemi informatici, nel pieno rispetto della normativa istitutiva dal Comune di Marsala. Di tale trattamento è titolare il Comune di Marsala.

I dati saranno resi disponibili a terzi, nei limiti e nelle modalità previsti dalla normativa vigente.

Marsala li,_____

FIRMA_____

Eventuali informazioni potranno essere acquisite presso:

- Ufficio Segretariato Sociale , sito in Marsala, nella via G. Falcone n.5, nei giorni di:
 - Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00
 - Martedì e Giovedì dalle ore 15.00 alle ore 17.00.

Tel.0923/993111

Il modulo di domanda potrà essere scaricato dal seguente sito internet: www.comune.marsala.tp.it