

Oggetto: EMERGENZA COVID-19-Richiesta ammissione per l'assegnazione del buono farmaco.

Il sottoscritto _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
C.F. _____ Telefono _____
cell. _____ Email _____

A tal fine consapevole delle responsabilità cui potrà andare incontro in caso di falsità negli atti e nell'uso di atti falsi ai sensi del D.P.R 445 / 2000

DICHIARA ed AUTOCERTIFICA

- di essere residente nel Comune di Capranica (Vt);
- di essere cittadino italiano o di avere cittadinanza nello stato dell'Unione Europea _____
- di essere cittadino _____ in possesso di regolare permesso di soggiorno con scadenza _____
- di essere in situazione di temporanea difficoltà a seguito dell'emergenza Covid-19 per i seguenti motivi:
 - chiusura /sospensione attività lavorativa ;
 - avere svolto in precedenza lavori saltuari;
 - di non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali;
 - di non aver ancora ottenuto ammortizzatori sociali;
 - nessuno dei componenti del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico;
- che il proprio nucleo familiare è composto da n° _____ persone, di cui _____ minori, n° _____ con disabilità certificata ;
- che nel proprio nucleo familiare gli occupati sono n° _____, i disoccupati sono n° _____;
- di percepire il reddito/ pensione di cittadinanza o Reddito di Inclusione (REI) ;
- di non percepire il reddito/ pensione di cittadinanza o Reddito di Inclusione (REI) ;
- di percepire la seguente forma di sostegno pubblico (descrivere):

- che nessun altro componente ha fatto né farà richiesta per l'ottenimento della presenta assegnazione
- che la spesa mensile per l'acquisto farmaci è pari ad €. _____ come da prescrizione medica allegata (*la mancata risposta comporta l'esclusione della domanda*)

C H I E D E

il sostegno per l'acquisto dei medicinali documentabili con prescrizione medica non erogati a titolo gratuito dal Servizio Sanitario Nazionale

DICHIARA ALTRESI'

- Di essere a conoscenza che verrà preso in carico dai Servizi Sociali del Comune di Capranica per la durata dell'emergenza sanitaria

- Che i medicinali verranno acquistati presso:

- Farmacia Morera Via P.L.M. Monti
- Farmacapranica Via G. Matteotti

- Che l'acquisto dei medicinali avverrà:

- personalmente
- delegando il Sig/ra _____ in qualità di _____
(specificare il tipo di relazione con il richiedente)
- per il tramite della Croce Rossa Comitato di Capranica

- Di essere consapevole che la presente domanda di partecipazione non costituisce vincolo o certezza di ricevere il beneficio richiesto

- Di essere consapevole e pertanto di accettare che il Comune effettuerà verifiche anche attraverso Organi e Autorità esterne a questa Amministrazione Comunale, al fine di accertare la veridicità delle dichiarazioni rese in ordine alle dichiarazioni di disagio socio-economico che hanno determinato l'accesso al beneficio

Alla domanda si allega:

- Copia del documento di riconoscimento del richiedente;
- Copia del documento di riconoscimento della persona delegata al ritiro dei farmaci
- Per i cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea, copia del possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità;
- Prescrizione medica .

Autorizza il Comune di Capranica al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della presente procedura ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i.

Capranica,

Firma