

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER FARMACI IN FASCIA "C"**  
**ANNO 2024**

di cui alla lettera A) punto 3 del Bando Spese Sanitarie

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in Treviglio Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter beneficiare del contributo economico previsto nell'avviso pubblico comunale per contributi alle spese sanitarie per l'anno 2024 relativamente a:

- spese per acquisto di farmaci ricompresi nella cosiddetta fascia "C", di cui all'art. 8 comma 10 Legge 1993/537 e s.m.i., sulla base di apposita certificazione medica;

A tal fine ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti,

**DICHIARA**

- di avere residenza nel Comune di Treviglio alla data di presentazione della presente richiesta;
- di essere in possesso di attestazione ISEE ordinario inferiore o uguale a € 4.500,00, in corso di validità; oppure
- di avere più di 65 anni e di essere in possesso di attestazione ISEE inferiore o uguale a € 7.500,00, in corso di validità;

In caso di concessione di contributo per i farmaci **SCEGLIE**, tra le farmacie che hanno aderito all'intervento,  
**LA SEGUENTE FARMACIA PRESSO CUI RITIRARE I FARMACI:**  
(è possibile una sola scelta)

- Ygea - Farmacia 1: Treviglio Viale Monte Grappa, 31;
- Ygea - Farmacia 2: Treviglio Viale Ortigara, 19;

**A TAL FINE ALLEGA**

- Documento identità in corso di validità  
(da non allegare solo se la firma autografa è apposta di fronte a un pubblico ufficiale)
- Dichiarazione medica in merito alle prescrizioni di farmaci in fascia C) e/o dispositivi medici chirurgici con marchio CEE, rilasciata per l'accesso al bando spese sanitarie del Comune di Treviglio (su apposito modulo fac-simile)
- Dichiarazione del farmacista attestante il costo del farmaco prescritto dal medico e il numero di confezioni mensili necessarie (su medesimo modulo fac-simile)

Il conferimento dei dati personali raccolti con il presente modulo non è obbligatorio ma in sua mancanza il Comune di Treviglio potrebbe trovarsi impossibilitato a dare seguito alla pratica in relazione alla quale vengono raccolti i dati, ovvero a erogare il servizio richiesto o a dare riscontro alla Sua comunicazione.

Il Comune di Treviglio la informa che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003, per realizzare le finalità istituzionali dell'Ente e nello specifico per gestire la pratica in relazione alla quale i dati sono raccolti e per gestire la sua istanza.

Per maggiori informazioni la invitiamo a consultare l'informativa pubblicata all'indirizzo Informativa sul trattamento dati personali - Comune di Treviglio e disponibile su richiesta presso gli uffici dell'Ente, o a rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati personali del Comune di Treviglio al recapito dpo@comune.treviglio.bg.it.

Treviglio, \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_