

DOMANDA PER L'INTERRUZIONE E/O L'INTEGRAZIONE
DELLA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER FARMACI IN FASCIA "C"
ANNO 2024
 di cui alla lettera A) punto 3 del Bando Spese Sanitarie

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in Treviglio Via/Piazza _____ n. _____

Tel _____ E-mail _____

IN QUALITA' DI:

- GENITORE IN ACCORDO CON ALTRO GENITORE CON CUI CONDIVIDE RESPONSABILITA' GENITORIALE
- GENITORE ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE IN VIA ESCLUSIVA
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO, TUTORE o CURATORE
- CONIUGE o in sua assenza FIGLIO o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela)
 _____¹

DI

Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente in Treviglio Via/Piazza _____ n. _____

Tel _____ E-mail _____

CON RIFERIMENTO A PROPRIA PRECEDENTE ISTANZA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER FARMACI IN FASCIA "C" PRESENTATA AL PROTOCOLLO DELL'ENTE AL N..... DEL.....

CHIEDE

- L'interruzione della fornitura, causa interruzione/modificazione della terapia, dei seguenti farmaci:**

- L'integrazione/modificazione della fornitura già accordata come da prescrizione medica e del farmacista in allegato**

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 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;

A TAL FINE ALLEGA

- Documento identità in corso di validità

¹ In assenza di rappresentante legale /Ads del beneficiario, qualora lo stesso si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute (da indicarsi espressamente), la sottoscrizione delle presenti dichiarazioni, nel suo interesse, è sostituita dalla dichiarazione resa dal coniuge, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado. (ex art. 4 cc.2 Dpr 445/2000)

(da non allegare 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 (Solo in caso di richiesta di integrazione/modificazione)
- Dichiarazione del farmacista attestante il costo del farmaco prescritto dal medico e il numero di confezioni mensili necessarie (su medesimo modulo fac-simile)
(Solo in caso di richiesta di integrazione/modificazione)

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
