



COMUNE DI SOLTO COLLINA Provincia di Bergamo

Modulo richiesta per cittadini

Al Comune di _____

Ufficio Servizi sociali

Mail _____

RICHIESTA DI ACCESSO BANDO PER L'ACQUISTO DI FARMACI DA BANCO O PRESCRITTI SU RICETTA BIANCA COME SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE BISOGNOSE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto _____
Codice fiscale _____
Data di nascita _____
Comune di nascita _____
Provincia di nascita _____
Stato estero di nascita _____
Cittadinanza _____
Residente a _____
via e nr. civico _____
e-mail _____
Telefono _____ Cell. _____

CHIEDE

di poter beneficiare delle seguenti misure urgenti di sostegno alle famiglie bisognose

- Acquisto di buoni farmacia utilizzabili per l'acquisto di farmaci da banco o prescritti su ricetta bianca acquistabili presso la farmacia di Solto Collina situata in Via Aldo Moro 4, Solto Collina (BG).

a tal fine dichiara

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 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, quanto segue:

1. che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

2. DI ESSERE cittadino residenti nel Comune alla data di presentazione della domanda in condizione di bisogno e di essere in possesso di un ISEE in corso di validità di euro _____ . Se cittadino straniero non appartenente all'Unione Europea di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità o documento equivalente avente i seguenti estremi

a) DI NON AVER/AVERE nel corso del 2024, già beneficiato di misure analoghe messe in atto dall'Ambito o dal Comune.

importo e data

Barrare tra le due risposte

- Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare
- Di ricevere i seguenti contributi pubblici: (specifica | es. Redditi di Cittadinanza, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)

_____ € _____

_____ € _____

DICHIARA altresì di aver preso visione AVVISO PUBBLICO PER L'ACQUISTO DI FARMACI DA BANCO O PRESCRITTI SU RICETTA BIANCA COME SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE BISOGNOSE del Comune di SOLTO COLLINA e di accettarne le condizioni, anche con riferimento alle modalità di erogazione e determinazione dell'eventuale contributo spettante, nonché dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

di essere a conoscenza che il Comune di residenza procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli sulle domande presentate

Data

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega la seguente documentazione:

- **Fotocopia della carta di identità del richiedente.**
- **Per i richiedenti cittadini di paesi terzi, copia del titolo di soggiorno.**
- **COPIA ISEE 2024.**

NOTE UFFICIO SERVIZI SOCIALI: