**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 Solto Collina S.A.S.-Dr. Carlo Cortesi & C.

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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. DI NON AVER/AVERE nel corso del 2021 e 2022, 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 famigliare
* 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.**
* **ISEE 2022.**

NOTE UFFICIO SERVIZI SOCIALI: