



COMUNE DI ORATINO

Provincia di Campobasso

C.A.P. 86010 - Piazza R.Rogati, 3 tel.0874 38418 – E-mail comune@oratino.it

psd. 3854

COMUNE DI ORATINO

Provincia di Campobasso

AVVISO PUBBLICO

“PRESTAZIONI SOCIALI IN FAVORE DI CITTADINI AFFETTI DA MALATTIE RARE PER LA FORNITURA DI FARMACI DI FASCIA C” DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 321 DEL 25.06.2024

Gli uffici comunali sono a disposizione per l'acquisizione delle domande relative al rimborso per l'acquisto dei farmaci FASCIA C per i cittadini residenti nella Regione Molise affetti da patologie rare.

I requisiti necessari per poter presentare istanza di contributo sono i seguenti:

1. essere in possesso di idonea documentazione rilasciata dal SSN che attesti "l'indispensabilità e insostituibilità" dei farmaci di fascia C, in relazione alla malattia rara del richiedente;
2. Essere in condizione di fragilità sociale, con ultima dichiarazione ISEE.

Per accedere ai predetti contributi, i cittadini interessati, dovranno presentare apposita richiesta corredata da:

- Modello Isee in corso di validità per l'anno in corso;
- Idonea documentazione rilasciata dal SSN che attesti "l'indispensabilità e insostituibilità" dei farmaci di fascia C in relazione alla malattia rara del richiedente;
- Copia di documento d'identità;
- Copia della ricetta medica;
- Scontrini fiscali.

In riferimento al punto 2., sarà cura del servizio sociale del comune con il supporto dell'Ambito Territoriale Sociale di Campobasso, valutare l'istanza sotto il profilo socio-assistenziale secondo i parametri della tabella sottostante e riconoscendo la percentuale di contributo in dase alla fascia ISEE

VALORE ISEE	CONTRIBUZIONE
Da 0 a 20.000,00 €	100%
Da 20.000,01 a 30.000,00 €	75%
Oltre 30.000,01	50%

Le richieste dovranno pervenire al Comune di Oratino entro e non oltre **il 14 luglio 2024 ed entro il 14 novembre 2024** al fine predisporre istruttoria ed invio della documentazione stessa nei tempi stabiliti dalla Regione Molise per la richiesta del contributo.

Oratino lì 4 LUG 2024



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Dott. Piacentino SALATI



COMUNE DI ORATINO
Provincia di Campobasso

C.A.P. 86010 - Piazza R.Rogati, 3 tel.0874 38418 – E-mail comune@oratino.it

Oggetto: richiesta rimborso spese sostenute per farmaci di fascia C per pazienti affetti da malattie rare ai sensi della DGR n. 321 del 25/06/2024

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni)

Il/la sottoscritto/a _____ è consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi verrà punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera - art. 75 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Nome) (Cognome)

il _____ C.F. _____

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

in qualità di:

(spuntare la sola casella interessata)

- Diretto/a interessato/a
- Genitore o tutore*
- Altro familiare*

In relazione alla presente domanda, io dipendente addetto alla ricezione, atteso che:

- Il dichiarante, identificato tramite il documento _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____ e in corso di validità;
- Il dichiarante ha trasmesso per posta/telefax/terza persona la domanda, allegando copia non autenticata del proprio documento di identità.

Luogo e data _____

Firma del dipendente addetto alla ricezione

In relazione ai dati personali in possesso di questo Ente, a seguito della domanda presentata dalla S.V. per la richiesta di contributo per l'assistenza economica (patti sociali) e rimborso spese medicinali nonché dei dati personali di cui questo Ente potrà entrare in possesso con predisposizioni di accertamenti effettuati direttamente ed infine, l'acquisizione di dati da parte dei competenti uffici finanziari per l'erogazione dei contributi richiesti. La informiamo di quanto segue:

1. **Finalità del trattamento dei dati:**

il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta erogazione del contributo economico volto al superamento di fenomeni di esclusione e di emarginazione sociale definito "Patto Sociale" con verifiche dei requisiti, come da disposizioni del "Regolamento Comunale Socio-Assistenziale" Attuato con delibera n.607 del 12.06.96.

1. **Modalità del trattamento dei dati:**

il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate nell'art. 4 lett. a) T.U. sulla privacy; il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento;

2. **Conferimento dei dati:**

il conferimento di dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1;

3. **Rifiuto di conferimento di dati:**

l'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1;

4. **Comunicazione dei dati:**

i dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati ad Uffici ed Enti pubblici per attività connesse con il corretto adempimento di quanto indicato al punto 1, nonché a soggetti privati, ma in tal caso solo se la comunicazione è prevista da norma di legge o di regolamento;

5. **Diffusione dei dati:**

i dati potranno essere diffusi solo mediante le prescritte pubblicazioni nell'albo pretorio comunale a norma del Regolamento;

6. **Diritti dell'interessato:**

l'art. 7 del T.U. sulla privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati;

7. **Titolare e responsabili del trattamento:**

Titolare del trattamento dati è il comune di Campobasso, nella persona del Dirigente del Settore Sicurezza Sociale. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Sicurezza Sociale. Incaricati del trattamento sono il personale addetto al servizio del Comune di Campobasso.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali

- acconsento*
- non acconsento*

al trattamento per le finalità descritte al punto 1 dell'informativa

Nome e cognome dell'interessato

Luogo e data _____

(firma leggibile)

Si attesta che in data odierna ____ l ____ Sig./Sig.ra _____ ha presentato istanza per il rimborso delle spese sostenute per farmaci di fascia C per pazienti affetti da malattie rare

Luogo e data _____

Firma del dipendente addetto alla ricezione
