

COMUNE DI FONTANELATO

Area I – Servizio Sociale

Protocollo n°

**RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE
PER L'EROGAZIONE DIRETTA
DEI FARMACI IN FASCIA C
(ai sensi DGR 1036/2009 e succ. mod.)**

DATI ANAGRAFICI – Compilare gli spazi**Il/la Sottoscritto/a**

Cognome

Nome _____ Sesso ☒ M / ☐ F

C.Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | Cittadinanza

Nato a	Prov.	Nazione
--------	-------	---------

In data / / Residente nel Comune di **FONTANELLATO (PR)**

Indirizzo _____ N° _____ / _____

Documento di Identità: _____ n. _____

RECAPITO TELEFONICO / E-MAIL – Compilare gli spazi per ricevere eventuali informazioni relative alla tua pratica

Telefono Cellulare

E-mail		Fax
--------	--	-----

CHIEDE la certificazione utile ai fini dell'erogazione diretta dei farmaci in fascia C (compresi nel Prontuario Aziendale dell'Ausl di Parma) e in distribuzione diretta

☐ per se' stesso☐ per il proprio familiare :

Sesso

Cognome _____ Nome _____ M F

data di nascita / / luogo di nascita Grado di parentela

DICHIARAZIONI OBBLIGATORIE

Consapevole che chi rilascia una dichiarazione falsa, anche in parte, perde i benefici eventualmente conseguiti e subisce sanzioni penali¹ (i sensi dell'artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445)

DICHIARA

A) Di essere residente nel Comune di Fontanellato;

B) Che il valore dell'attestazione ISEE in corso di validità e privo di difformità è pari ad € _____
(Protocollo INPS: _____)

¹ Così come previsto dagli artt. 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica del 28/12/2000, n. 445, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa".

DICHIARA INFINE DI ESSERE A CONOSCENZA:

- ✓ Che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato, ed incorre nelle sanzioni penali previste dall'art. 76 (pene a carattere detentivo anche fino a 5 anni e multe).
- ✓ Che sui dati dichiarati potranno essere effettuati, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, controlli finalizzati ad accertare la veridicità delle informazioni fornite e confronti dei dati reddituali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze oltre che di altre Pubbliche Amministrazioni.
- ✓ Di tutte le norme e condizioni stabilite nel relativo Bando impegnandosi a produrre la documentazione che il Comune riterrà necessario acquisire in sede di accertamento tecnico e/o richiesta di esibizione documentale, nonché a fornire ogni notizia utile, nei termini e modalità richiesti.

LA TUA PRIVACY – Informativa ai sensi dell'articolo 13 del GDPR 2016/679

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati sopra forniti verranno trattati per l'espletamento di funzioni istituzionali da parte del Comune, solo con modalità e procedure strettamente necessarie per le operazioni e i servizi connessi con i procedimenti e i provvedimenti che lo riguardano. **Esprimo il consenso** sì ☐ no ☐

FIRMA DEL DICHIARANTE - Apponi la tua firma quale sottoscrittore/dichiarante della presente domanda

Data ____/____/____

(Firma del richiedente)

PER AVERE INFORMAZIONI E CHIARIMENTI

dott.ssa Alessia Frangipane
Ufficio Servizi sociali - Sportello sociale
Area I - Affari Generali e Suap
Comune di Fontanellato
Via Costa n. 17 - 43012 Fontanellato
Tel 0521 823238 - cell. 334 345 8747
mail: a.frangipane@comune.fontanellato.pr.it
pec: protocollo@postacert.comune.fontanellato.pr.it