

R.A. n° 404
DEL 1-10-2021



COMUNE DI FOSSALTO

(Provincia di Campobasso)

86020 Piazza Roma, 93 - Tel. 0874-768134 Fax 0874-768836
Cod. Fisc. - Partita IVA 00069690709
E-mail: fossalto@tiscali.it Pec: comune.fossaltocb@legalmail.it

Comune di Fossalto
Prot. 6018 del 01-10-2021
Sezione SPORTELLI
Classificazione: 1



D.G.R. N. 285 DEL 26/8/2021 - PRESTAZIONI SOCIALI IN FAVORE DI CITTADINI AFFETTI DA MALATTIE RARE PER LA FORNITURA DI FARMACI DI FASCIA C

AVVISO

Si porta a conoscenza degli interessati che la Regione Molise, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 285 del 26/8/2021, ha deliberato di sostenere i cittadini affetti da patologie rare, in condizioni di fragilità sociale, attraverso il riconoscimento di un contributo economico straordinario per far fronte alle spese relative all'acquisto dei farmaci di fascia C, approvando, contestualmente, gli indirizzi operativi per i Comuni ai fini del riconoscimento del suddetto contributo.

Ai sensi di quanto disposto dalla deliberazione sopra richiamata, si esplicita qui di seguito la procedura per accedere al suddetto contributo:

1) Requisiti di accesso al contributo economico

Per accedere al contributo economico straordinario, è necessario possedere i seguenti requisiti:

- a) essere affetti da patologia rara, di cui all'elenco allegato al DPCM 12/01/2017;
- b) essere in possesso di idonea documentazione rilasciata dal SSN che attesti "l'indispensabilità e insostituibilità" dei farmaci di fascia C per i quali si chiede il contributo;
- c) essere residenti nella Regione Molise;
- d) essere in condizione di fragilità sociale, con ultima dichiarazione ISEE pari o inferiore a 20.000 euro.

2) Modalità di presentazione della domanda

I cittadini in possesso dei requisiti stabiliti, come indicati al precedente punto 1), dovranno presentare istanza di contributo, **corredata dal giustificativo di spesa dei farmaci**, al proprio Comune di residenza. L'Ufficio Servizi Sociali comunale, valutato il bisogno e verificata la regolarità dell'istanza, anche con l'eventuale supporto dell'Ambito Territoriale Sociale di appartenenza, provvederà a richiedere alla Regione Molise il trasferimento delle risorse occorrenti ai fini dell'erogazione del contributo economico straordinario.

La procedura di presentazione delle istanze al **Comune è a sportello, fino ad esaurimento**

delle risorse disponibili per l'annualità di riferimento. Pertanto non è prevista alcuna graduatoria.

I cittadini in possesso dei suddetti requisiti possono presentare istanza di contributo, corredata della documentazione sanitaria attestante l'indispensabilità e insostituibilità dei farmaci di fascia C, dell'ultima dichiarazione ISEE in corso di validità e dei giustificativi di spesa dei farmaci dei quali si chiede il rimborso, al Comune di Fossalto.

Le istanze di richiesta di contributo potranno essere presentate, a mano, via mail (fossalto@tiscali.it), via PEC (comune.fossaltocb@legalmail.it) o a mezzo raccomandata A.R., **entro il 25 novembre 2021 presso l'ufficio di protocollo del Comune di Fossalto.**

Fossalto, 1 OTT. 2021

 IL SINDACO
(Dott. Saverio Nonno)



COMUNE DI FOSSALTO

(Provincia di Campobasso)

86020 Piazza Roma, 93 - Tel. 0874-768134 Fax 0874-768836

Cod. Fisc. - Partita IVA 00069690709

E-mail: fossalto@tiscali.it Pec: comune.fossaltocb@legalmail.it

Oggetto: richiesta rimborso spese sostenute per farmaci di fascia C per pazienti affetti da malattie rare ai sensi della DGR n. 220 del 20/04/2018

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*

*Da compilare solo se genitore/tutore o altro familiare:

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 T.U. sulla privacy.

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 del 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 Fossalto, nella persona del sindaco.

Responsabile del trattamento dei dati è il responsabile del servizio finanziario, nella persona del sindaco.

Incaricati del trattamento è il personale addetto al servizio del Comune di Fossalto.

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
