R.A. n° 307
del 17-7-2025

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

D.G.R. N. 215 DEL 10/7/2025 - LEGGE REGIONALE 6 MAGGIO 2014, N. 13 "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. 215 del 10/7/2025, 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 12/1/2017;
b) essere in possesso di idonea documentazione rilasciata dal SSN che attesti "**l'indispensabilità e l'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, **in corso di validità**, il cui valore ISEE rientri nei parametri fissati nella sottostante tabella:

VALORE ISEE	CONTRIBUZIONE
da 0 a 20.000	100%
da 20.000,01 a 30.000	75%
oltre 30.000,01	50%

2) Modalità di presentazione della domanda

I cittadini in possesso dei requisiti stabiliti, come indicati al precedente punto 1), dovranno presentare istanza di contributo 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.

L'istanza di contributo economico straordinario, **corredata della documentazione sanitaria rilasciata dal SSN attestante "l'indispensabilità e l'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, dovrà essere presentata al Comune di Fossalto, con le seguenti modalità:**

- a mano, **presso l'ufficio comunale di protocollo**, via mail (fossalto@tiscali.it), via PEC (comune.fossaltocb@legalmail.it) o a mezzo raccomandata A.R., in due *tranches*:
- **entro il 31 luglio 2025.**
- **entro il 20 novembre 2025.**

Fossalto, 17/7/2025

COMUNE DI FOSSALTO
Provincia di Campobasso

IL SINDACO
(Dott. Saverio Nonno)

COMUNE DI FOSSALTO

(Provincia di Campobasso)

86020 Piazza Roma, 93 - **Tel.** 0874-768134

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. 215 del 10/7/2025

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:

di_____ nato/a a _____

(Nome) (Cognome)

il _____ C.F. _____

residente a _____ in Via/Piazza_____ n. _____

affetto/a dalla seguente malattia rara _____

come da certificazione medica allegata

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute per farmaci di fascia C per l'importo complessivo di

€ _____ di cui si allegano alla presente gli scontrini fiscali.

Accredito su C/C Bancario/Postale intestato a:

_____

Cognome Nome Codice Fiscale

IBAN

Alla presente allega:

- ☐ Documento di riconoscimento in corso di validità;
- ☐ Idonea documentazione rilasciata dal SSN che attesti "l'indispensabilità e l'insostituibilità" dei farmaci di fascia C, in relazione alla malattia rara del richiedente;
- ☐ Scontrini fiscali "parlanti"
- ☐ ISEE ordinario in corso di validità

Luogo e Data_____ Firma_____

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)