***COMUNE DI CASTELVERRINO***

**OGGETTO: RICONOSCIMENTO DEL CONTRIBUTO ECONOMICO STRAORDIANRIO IN FAVORE DI CITTADINI AFFETTI DA MALATTIE RARE PER LA FORNITURA DI FARMACI DI FASCIA C.- D.G.R. N. 215 DEL 10.07.2025.**

Il/la sottoscritto/a Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

* diretto/a interessato/a
* altro familiare (specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )
* Tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.

**DICHIARA**

* di essere affetto/a da patologia rara, di cui all'elenco allegato al DPCM 12/01/2017;
* di 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;
* di essere residente nel Comune di Castelverrino;

 - di essere in condizione di fragilità sociale, con ultima dichiarazione ISEE *€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**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.

Modalità di erogazione del contributo spettanti nel caso di accoglimento della domanda: accredito in c/c intestato a proprio nome indicare eventuale cointestatario

* bancario IBAN (allegare copia)
* postale IBAN (allegare copia)

Si allegano.

* copia documento di riconoscimento,
* copia idonea documentazione rilasciata dal SSN che attesti “l’indispensabilità e insostituibilità” dei farmaci dì fascia C,
* copia ISEE ordinario,
* copia scontrini fiscali che attestino l’effettivo acquisto dei farmaci fascia C,
* copia codice IBAN.

Castelverrino lì In fede

**INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30/06/2003 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 rimborso spese medicinali nonché dei dati personali di cui questo Ente potrà entrare in possesso con predisposizioni di accertamenti effettuati di1'ettamente ed infine, l’acquisizione di dati da parte dei competenti uffici finanziari per l'erogazione del rimborso richiesto. La informiamo di quanto segue:

Finalità del trattamento dei dati: il trattamento è finalizzato unicamente alla co1'retta erogazione del contributo economico.

# Modalità del trattamento dei dati:

il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate nell’art.4 lett

* 1. T.U. sulla privacy; il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento;

# Conferimento dei ‹lati:

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

# Rifiuto e conferimenti dei dati:

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

#  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 il tal caso solo se la comunicazione è prevista a norma di legge o di regolamento;

# Diffusione dei dati:

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

1. *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; 1’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; 1’interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e violazione di legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati;

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

Il titolare del trattamento dati è il Comune di Castelverrino, nella persona del Responsabile del Servizio.

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.

Castelverrino lì

In fede