

**Al Comune di Patrica
Piazza del Plebiscito, 1
03010 Patrica (FR)**

INTERVENTI DI SOLIDARIETA' IN FAVORE DI CITTADINI FRAGILI IN CONSEGUENZA DELL'EMERGENZA COVID 19 - Certificazione stato di bisogno medico/sanitario per la richiesta dei buoni farmaceutici.

Il/la Sottoscritto/a _____ c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____ e residente a Patrica in Via _____

(n____) e-mail _____ tel _____

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 D.P.R. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.P.R. ad integrazione della richiesta di erogazione di buoni spesa farmaceutici **DICHIARA** quanto segue:

L'erogazione buono spesa farmaceutico è richiesta per sostenere la spesa di medicinali necessari alla cura della mia persona, ovvero dei miei familiari, in considerazione che gli stessi non sono oggetto di esenzione e non vengono forniti gratuitamente dal servizio sanitario nazionale.

Eventuali comunicazioni facoltative aggiuntive:

DATA _____

FIRMA

Privacy: il richiedente acconsente al trattamento dei dati personali comunicati e dichiara di essere informato/a che il trattamento dei dati avverrà anche con strumenti informatici, esclusivamente nel pieno rispetto della privacy e dei principi fissati dal Regolamento UE 2016/679 unicamente per le finalità collegate alla presente procedura.

FIRMA
