

Il/la Sottoscritto/a _____ c.f. _____
nato a _____ (____) il ____/____/____ e residente a Patrica in Via _____
(n. _____) e-mail _____ tel. _____

[illegible]

III - SITUAZIONE REDDITUALE FAMILIARE: (BARRARE TUTTE LE SITUAZIONI INTERESSATE CON UNA X)

- **Si è** beneficiario del reddito di cittadinanza ovvero pensione di cittadinanza di cui al Decreto Legge n. 4/2019 convertito con modificazioni dalla Legge n. 26/2019 per un importo mensile netto di € _____
- **Non si è** beneficiari del reddito di cittadinanza o pensione di cittadinanza di cui al Decreto Legge n. 4/2019 convertito con modificazioni dalla Legge 26/2019;
- Non si possiedono risparmi che consentano di sostenere lo scrivente e la propria famiglia;
- I componenti del nucleo familiare NON SONO proprietari di immobili che producono reddito;
- Nessun componente del nucleo familiare ha redditi sufficienti al mantenimento della famiglia;
- Presenza nel nucleo di percettori di pensione da lavoro/reversibilità per un importo mensile di € _____;
- Se si è beneficiari di assegno di disoccupazione/mobilità indicare l'importo € _____;
- Se si percepisce cassa integrazione per dipendenti o altri ammortizzatori sociali (per autonomi), indicare valore dell'importo mensile € _____;
- Altro: _____;

IV - SITUAZIONE ALLOGGIATIVA: BARRARE CON UNA X LA SITUAZIONE INTERESSATA

- Casa di proprietà
- Alloggio ATER canone mensile pari ad € _____
- Affitto – canone mensile pari ad € _____
- Comodato d'uso gratuito
- Altro: _____
- Se mutuo prima casa, indicare importo mensile rata € _____

V- SITUAZIONE FAMILIARE: BARRARE CON UNA X LA SITUAZIONE INTERESSATA ED INDICARE IL NUMERO

- Presenza n. di figli minori _____
- Presenza di n. _____ persone con disabilità/invalidità certificata_

SI ALLEGA:

- **Copia del documento di identità in corso di validità del solo richiedente il contributo**
- **Per i cittadini stranieri non UE copia del titolo di soggiorno in corso di validità**

Le istanze incomplete, prive di firma e mancanti degli allegati richiesti non saranno prese in considerazione - * **E' possibile presentare una sola domanda per nucleo familiare**

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 _____

**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
