

**RICHIESTA BUONI FARMACO
AUTODICHIARAZIONE PER NUCLEO
FAMILIARE**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa
ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

Il/a sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a
_____ Provincia di _____ c.f.: _____
residente a Ciampino via/piazza _____ n. _____ C.A.P. 00043
identificato a mezzo carta d'identità/passaporto _____ nr. _____
rilasciato da _____ in data _____
n° telefono _____ indirizzo di posta elettronica _____

Facente parte del nucleo familiare composto da n. _____ persone, di cui minori n. _____ e persone
con disabilità n. _____:

1)	Cognome _____	Nome _____
	Codice Fiscale: _____	Rapporto parentela _____
2)	Cognome _____	Nome _____
	Codice Fiscale: _____	Rapporto parentela _____
3)	Cognome _____	Nome _____
	Codice Fiscale: _____	Rapporto parentela _____
4)	Cognome _____	Nome _____
	Codice Fiscale: _____	Rapporto parentela _____
5)	Cognome _____	Nome _____
	Codice Fiscale: _____	Rapporto parentela _____

CHIEDE

- di partecipare alla assegnazione dei contributi previsti per i buoni farmaci, ai sensi della Delibera di
Giunta Regione Lazio n° 138 del 31.03.2020 per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

Consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto
dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA

di essere

- cittadino italiano
- cittadino di uno stato membro dell'Unione Europea
- cittadino straniero in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità
- di essere in carico ai servizi sociali comunali e di trovarsi in una situazione di bisogno
aggravata dall'applicazione delle norme di contenimento dell'epidemia Covid-19

oppure

- di non essere in carico ai servizi sociali comunali, ma di trovarsi in una situazione di bisogno
derivante dall'applicazione delle norme di contenimento dell'epidemia Covid-19

- che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza di accesso alle risorse di cui alla Delibera Giunta Regione Lazio n. 138 del 31.3.2020, e che la propria situazione di disagio conseguente all'attuale emergenza si trova in una delle seguenti condizioni (barrare l'opzione delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione e dell'entità del contributo):

di avere una patologia che necessita il trattamento con farmaci non mutuabili prescritti dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista. La prescrizione dovrà essere esibita solo all'atto di acquisto dei farmaci.

Indicare la farmacia dove sarà speso il buono (sceglierne UNA SOLA) tra le seguenti:

- FARMACIA COMUNALE N. 1** Via Monte Grappa, 72
- FARMACIA COMUNALE N. 2** Piazza J. F. Kennedy, 17
- FARMACIA COMUNALE N. 3** Via Mura dei Francesi, 164
- FARMACIA COMUNALE N. 4** Via di Morena, 162/164
- FARMACIA COMUNALE N. 5** Via dei Laghi, 53
- FARMACIA COMUNALE N. 6** Via Marcandreola, 4
- FARMACIA PERETTI E SANTORI SNC** Viale del Lavoro, 1

nuclei familiari/persone privi di reddito - anche temporaneamente - a causa degli effetti dell'emergenza sanitaria:

perdita o sospensione del lavoro dipendente (specificare): _____

perdita o sospensione del lavoro autonomo (specificare): _____

altro (specificare) _____

nuclei familiari, di cui facciano parte minori, che si trovano in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;

nuclei monogenitoriali privi di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;

presenza nel nucleo familiare di disabilità permanenti associate a disagio economico;

persone senza dimora;

nuclei familiari monoreddito il cui titolare ha richiesto trattamento di sostegno al reddito o il cui datore di lavoro ha richiesto ammissione al trattamento di sostegno del reddito, ai sensi del D.L. 18/2020, o il datore di lavoro abbia **sospeso e/o ridotto** l'orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore;

nucleo familiare senza alcun reddito;

di non percepire (inclusi i componenti del proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale

- di percepire *il seguente* sussidio (*specificare il tipo e l'importo, ad esempio reddito di cittadinanza, bonus bebè, naspi etc...*)

- di percepire *i seguenti redditi* (*specificare il tipo e l'importo, ad esempio reddito da lavoro, pensione da lavoro, pensione di reversibilità, etc..*)

che il nucleo familiare vive in un'abitazione di (barrare l'opzione):

- proprietà;
- proprietà con rata mutuo pari a € _____
- locazione alloggio pubblico (specificare il canone mensile): _____
- locazione alloggio privato (specificare il canone mensile): _____
- comodato d'uso gratuito
- altro (specificare) _____

- che i componenti il nucleo familiare **sono / non sono** proprietari/comproprietari di altre proprietà immobiliari, oltre alla casa di abitazione, da cui derivano canoni di locazione superiori a euro _____;

- che uno o più dei componenti il nucleo familiare **ha presentato/non ha presentato** domanda per la sospensione del pagamento del mutuo;

- che i componenti del nucleo familiare dispongano di depositi bancari/postali non superiori ad € 3000,00 alla data del 31/03/2020.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione della propria situazione sopra dichiarata.

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR).

Luogo e data

Firma del dichiarante _____

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL Reg.UE 2016/679

Il Comune di Ciampino in qualità di Titolare del trattamento di dati personali, informa che, nel rispetto dei principi e ai fini delle tutele previste dal Regolamento UE n. 679/2016 i dati personali saranno utilizzati per le sole finalità della presente domanda.

Titolare del trattamento dei dati personali e sanitari relativi al solo art. 4 del GDPR

I dati di contatto del titolare del trattamento sono i seguenti:

Il Titolare del trattamento è Il Comune di Ciampino con sede in Largo Felice Armati, 1 Tel. 06.79097.1 e-mail: protocollo@pec.comune.ciampino.roma.it nella persona del suo Rappresentante pro tempore il Sindaco.

Dati di contatto del DPO

Il DPO nominato dal Comune di Ciampino è la Fondazione Logos PA nella persona dell'Avv. Roberto Mastrofini raggiungibile all'indirizzo indicato nel sito web istituzionale.

Finalità del trattamento e base giuridica

La base giuridica del trattamento è indicata dall'art. 6, par 1, lett. c) del GDPR per adempiere gli obblighi legali del Comune di Ciampino nonché indicata in tutta la normativa in vigore emanata in questa situazione emergenziale denominata "Covid19.

Per quanto concerne i dati relativi all'art.4 del GDPR ovvero quelli "*attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute*" saranno utilizzati solo ed esclusivamente per l'erogazione del buono farmaco e non saranno comunicati a terzi.

I dati personali raccolti relativi ai beneficiari **saranno conservati per tutta la durata dell'emergenza Covid19 e poi successivamente in forma anonima per esigenze di statistica e archivio.**

Diritti degli interessati

E' sempre garantito l'esercizio dei diritti previsti dagli articoli da 15 a 22 del GDPR. Diritto alla rettifica, Diritto all'accesso, Diritto alla portabilità. L'interessato ha il diritto di chiedere al titolare l'accesso ai dati personali trattati e la rettifica. È escluso il diritto alla cancellazione e il diritto di limitazione del trattamento in quanto il trattamento è necessario per l'adempimento di obblighi legali e per motivi di interesse pubblico rilevanti. L'interessato ha diritto alla portabilità dei dati ai sensi dell'art.20 del regolamento UE 679/2016; Si informano gli utenti che potranno proporre un eventuale reclamo all'Autorità di controllo italiana - Garante per la protezione dei dati personali

Data_____

Firma
