

**Oggetto: EMERGENZA SANITARIA COVID 19 – Richiesta farmaci**

Il / la sottoscritto / a \_\_\_\_\_ nato / a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_, identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr.  
\_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_, utenza telefonica \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

- di ricevere in consegna un buono spesa per acquisto farmaci, nei limiti indicati dalla Deliberazione n. 90/2020, come da prescrizione medica da consegnare alla Farmacia**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione ed uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

- di essere residente nel comune  
di \_\_\_\_\_, in  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, Cap. \_\_\_\_\_,
- che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

**DICHIARA, altresì, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

- 1. che il proprio nucleo percepisce le seguenti misure di contrasto alla povertà**

**(segnare con una x in caso affermativo)**

- misura nazionale di cui al d.lgs 147/2017 istitutivo del REI;
- REDDITO DI CITTADINANZA di cui alla l.4 del 29 gennaio 2019 convertita con l. n. 26 del 28 marzo 2019;
- misura RED nelle sue versioni di cui alla L.R. 3 del 2016 e ss.mm. e regolamenti;
- ammortizzatori sociali (specificare quali .....)

**2. di non avere, alla data attuale, una disponibilità finanziaria di immediata liquidità del seguente importo mensile, comprensiva dell'eventuale misura di contrasto alla povertà di cui sopra:**

- € 600,00 se il nucleo familiare è composto di n. 1 o 2 persone ;
- € 750,00 se il nucleo familiare è composto di 3 o 4 persone
- € 900,00 se il nucleo familiare è composto di 5 o più persone

**3. che le disponibilità finanziarie (saldo bancario/postale) di tutto il nucleo familiare, alla data di sottoscrizione della presente, non è superiore a euro 3.000,00.**

**4. che la residenza del nucleo familiare è rappresentata da immobile:**

- in affitto
- in proprietà.

**SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente eventuali variazioni inerenti i dati indicati**

**PRENDE ATTO che, ai sensi dell'art. 2 comma 6 Ordinanza n. 658 del Dipartimento di Protezione Civile del 29/03/2020 "L'Ufficio Servizi Sociali di ciascun Comune individua la platea dei beneficiari e del relativo contributo tra i nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid 19 e tra quelli in stato di bisogno, per soddisfare le necessità più urgenti ed essenziali con priorità per quelli non già assegnatari di sostegno pubblico**

**Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla Privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ed autorizza al trattamento anche gli operatori di cui l'Amministrazione si avvarrà per la finalità della presente richiesta**

**Massafra, li \_\_\_\_\_**

**Il sottoscritto**

\_\_\_\_\_