

C I T T A’ D I M A R I N O

Città metropolitana di Roma capitale

Provincia di Roma

***Servizi Sociali***

***P.zza della Repubblica,1 - 00047 Marino (RM)***

***Tel. 06/93662252/55/48/348/325 fax 06/93662253***

***protocollo@pec.comune.marino.rm.it***

 Al Dirigente Area I Servizi Sociali

 Dott.ssa Ludovica Iarussi protocollo@pec.comune.marino.rm.it

Oggetto: richiesta farmaci per emergenza Covid-19.

Il sottoscritto ……………………………………………..nato a ……………………il……………….

Residente/domiciliato a Marino in via …………………………………………………n°…………..

Codice fiscale: …………………………………………………………………………………………..

mail: ………………………………………………………. Telefono:…………………………………

**chiedo ed autocertifico**

di voler usufruire dei **farmaci** previsti dal DGR N°138 del 31/03/2020, fino ad un massimo di spesa massima di € **100,00 a famiglia (max 3 scatole per farmaco).**

Dichiaro, pertanto, sotto la mia responsabilità di possedere i seguenti requisiti:

1. Di essere residente/domiciliato presso il Comune di Marino;
2. Per i cittadini stranieri non appartenenti all’Unione Europea, di possedere un titolo di soggiorno in corso di validità; anche in scadenza nel periodo 31 gennaio 2020 e 15 aprile 2020 in quanto prorogato a norma vigente fino al 15 giugno 2020
3. essere in carico ai servizi sociali comunali e/o distrettuali, Qualora si tratti di nuclei famigliare non in carico ai servizi sociali questi acquisiranno l’autocertificazione di cui alla successiva lettera d);
4. di trovarsi in una situazione di bisogno a causa dell’emergenza derivante dalla epidemia da Covid-19, previa autocertificazione soggetta a successiva verifica che ne attesti lo stato;
5. non essere beneficiari di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogate da Enti pubblici (Es. Reddito di Cittadinanza) ad esclusione di quelle previste dalle norme relative al contenimento della epidemia da Covid-19. Solo in casi eccezionali è possibile procedere al contributo, previa certificazione dei servizi sociali competenti (che si avvarrà delle dichiarazioni riportate di seguito):
* di essere beneficiario della seguente forma di sostegno……………….di € …………….
* Che il mio modello Isee, se in possesso, in corso di validità è di € ………………………
* Che il mio attuale reddito famigliare mensile è di € ……………………………………….
* Sono presenti persone con invalidità, e l’ importo mensile dell’assegno è di €…..………
* Che il mio nucleo famigliare è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Data di nascita | Luogo di nascita | Rapporto di parentela | Codice fiscale |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Che utilizzerò il mio buono spesa presso la farmacia, (indicare una sola farmacia in prossimità della propria abitazione):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **LA NAVE**  | Via A. Pertini snc | FRATTOCCHIE |
|  |  |  |  |
|  | **EUROPA**  | Via Pietro Nenni, 6 | MARINO |
|  |  |  |  |
|  | **FARMACIA COMUNALE** | Via dei mille, 36 | CAVE DEI SELCI |
|  |  |  |  |
|  | **FARMACIA COMUNALE** | Piazza Garibaldi, 53 | MARINO |
|  |  |  |  |
|  | **FARMACIA COMUNALE** | Via G. Prati, 40 | SANTA MARIA DELLE MOLE |
|  |  |  |  |
|  | **FARMACIA COMUNALE** | Via Silvio Pellico, 51/53/55 | SANTA MARIA DELLE MOLE |
|  |  |  |  |
|  | **FARMACIA BARDUCCI** | Via Nettunense Vecchia, 80 | FRATTOCCHIE |

* Autorizzo l’amministrazione comunale al trattamento dei dati personali e per comunicazioni con le farmacie, come previsto dalla normativa vigente sulla privacy.
* Tipo di documento di identità……………………………….n°………………………….

 rilasciato in data………………………………da……………………………………………..

* Qualora impossibilitato **delego** il signor ……………………………………………

 nato a …………………………..il…………………………

 Tipo documento……………………………….n°…………………………………………

 rilasciato da……………………………………per ritirare i farmaci .

Marino, ……………………….. Firma\*

\*il presente documento potrà NON essere firmato ove pervenga via pec/mail, fatte salve le opportune verifiche

\*\* tutte le dichiarazioni false o mendaci verranno perseguite ai sensi della legge vigente.