



# COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

## SCHEMA DI DOMANDA

**DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELLE SPESE PER MEDICINALI A FAVORE DI PERSONE E/O FAMIGLIE IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DALLA DIFFUSIONE DI AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI (COVID-19).**

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a ....., il .....

residente nel Comune di .....

Via ....., n. ....

Recapito Tel. ....

Mail .....

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità;

### DICHIARA

- Di aver preso visione dell'avviso pubblico pubblicato dal Comune di Magliano Romano e delle relative condizioni di accesso previste dallo stesso

### RICHIESTE

Il riconoscimento delle spese per medicinali di cui alla deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 138 del 31/03/2020, adottata al fine di fronteggiare le esigenze causate dall'emergenza derivante dall'epidemia di COVID-19.

### A TAL FINE DICHIARA

- di essere a conoscenza che, in caso di accertamento di false dichiarazioni, si procederà al recupero delle somme concesse e si darà seguito alle opportune azioni sanzionatorie previste dalla legge (*obbligatorio*);
- di trovarsi in gravi difficoltà economiche, senza alcun reddito disponibile ovvero non sufficiente e senza alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso risparmi bancari o postali complessivamente superiori ad € 2.000,00 e pertanto a non avere risorse economiche disponibili per poter provvedere all'acquisto di farmaci necessari oggetto di prescrizione medica** (*obbligatorio*);



# COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

che nel proprio nucleo familiare (*obbligatorio*):

- VI SONO** soggetti già assegnatari di sostegno pubblico (Es. reddito/pensione di cittadinanza, cassa integrazione ordinaria e in deroga, pensioni sociali, pensione di inabilità, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, ...)

**Indicare quali e relativo importo:** .....

.....  
.....

- NON vi sono** soggetti già assegnatari di sostegno pubblico

- Di avere redditi non derivanti da sostegno pubblico (*eventuale*):

**Indicare quali e relativo importo:** .....

.....

- che il proprio nucleo familiare è così composto (*obbligatorio*) e che i sottoelencati sono i redditi percepiti da ciascun componente il nucleo familiare:

Nucleo familiare del richiedente	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela con il richiedente	Eventuale reddito percepito	Origine del reddito	

Dichiara che:

- vi è presenza di n. ... bambini fino a 6 anni
- Famiglia con presenza di n. ... figli minori da 6 anni a 17 anni
- Essere conduttore di un immobile a scopo abitativo
- Essere genitore divorziato o legalmente separato con onere di mantenimento dell'ex coniuge e/o dei figli

....., li .....

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

Allego copia documento di identità



# COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

## Informazioni sulla Privacy

Ai sensi della normativa vigente, si informa che il trattamento dei dati personali, forniti per accedere al beneficio del riconoscimento delle spese per medicinali di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 138 del 31/03/2020, adottata al fine di fronteggiare le esigenze causate dall'emergenza derivante dall'epidemia di COVID-19, è per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento.

Letta l'informativa di cui sopra:

nego il consenso

do il consenso

al trattamento dei dati personali forniti per le finalità indicate nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_