

# COMUNE DI POLIZZI GENEROSA

Città Metropolitana di Palermo

\*\*\*\*\*

## UFFICIO SERVIZI SOCIALI

### AVVISO PUBBLICO

#### PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA FARMACEUTICA ATTRAVERSO LE FARMACIE SITE NEL TERRITORIO COMUNALE

Il presente avviso si pone quale obiettivo quello di individuare aspiranti beneficiari del servizio di assistenza sanitaria farmaceutica a favore di soggetti che necessitano di farmaci e che appartengono a fasce sociali deboli con reddito familiare non superiore a € 9.000,00 annui, risultanti dalla certificazione ISEE, finanziato con i fondi da spendere come forma di democrazia partecipata.

#### Requisiti di accesso:

1. Residenza nel Comune di Polizzi Generosa;
2. Avere un reddito ISEE calcolato ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013 pari o inferiori ad € 9.000,00;

#### Tipo di intervento

Agli aspiranti beneficiari, qualora all'atto della dispensazione del farmaco di classe C, cioè quelli a carico del cittadino con obbligo di ricetta, sarà praticato uno sconto del 10% dal farmacista mentre il 60% sarà a carico del Comune di Polizzi Generosa.

#### Criteri predisposizione graduatorie

A seguito della presentazione delle istanze, l'ufficio Servizi Sociali redigerà apposita graduatoria, in ordine crescente di ISEE dando priorità, a parità di ISEE al nucleo familiare più numeroso e il richiedente più anziano.

#### Modalità di accesso al servizio

La domanda, debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente sull'apposita modulistica fornita dall'Ufficio Servizi Sociali, dovrà pervenire entro il 31 gennaio 2019 pena esclusione, corredata dai seguenti documenti:

- attestazione ISEE rilasciato ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità;

Per ulteriori informazioni e per ritirare il modello di domanda gli interessati possono rivolgersi all'ufficio servizi sociali del Comune o consultando il sito del Comune alla pagina: [www.comune.polizzi.pa.it](http://www.comune.polizzi.pa.it)

Polizzi Generosa li 18.12.2018

Il Responsabile dell'Area  
D.ssa Gandola Ferruzza



Il Sindaco  
Geom. Giuseppe Lo Verde

Al Sig. Sindaco del  
Comune di Polizzi Generosa

**Oggetto: Domanda "Assistenza Sanitaria Farmaceutica" giusto avviso del  
( entro il 31/01/2019).**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in Polizzi Generosa, Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, telefono n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso al beneficio distinto in oggetto, giusto Avviso Pubblico del  
\_\_\_\_\_.

Si allega alla presente la seguente documentazione:

- attestazione ISEE rilasciato ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità;

Polizzi Generosa, li \_\_\_\_\_

Il Richiedente  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Polizzi Generosa, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003, dà la propria autorizzazione al trattamento dei  
dati personali.

Polizzi Generosa, li \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_