



COMUNE DI SAN PAOLO D'ARGON

Piazza del Filatoio, 3 - cap.24060 PROVINCIA DI BERGAMO Tel.035.4253011
E-mail: comune@comune.sanpaolodargon.bg.it - P.IVA 00288640162

Domanda per l'assegnazione di BUONI SPESA FARMACIA famiglie con almeno 3 minori di 18 anni a carico (alla data di presentazione della domanda) – Emergenza Covid-19 – anno 2022

Cognome (del genitore richiedente)	
Nome (del genitore richiedente)	
Data e Luogo di nascita (del genitore richiedente)	
Residente a San Paolo d'Argon in Via/piazza e numero civico	
Codice fiscale	
Numero di telefono	
Indirizzo email	
Cittadinanza	
Nome e Cognome minore Data di nascita minore	
Nome e Cognome minore Data di nascita minore	
Nome e Cognome minore Data di nascita minore	
Nome e Cognome minore Data di nascita minore	
Nome e Cognome minore Data di nascita minore	



COMUNE DI SAN PAOLO D'ARGON

Piazza del Filatoio, 3 - cap.24060 PROVINCIA DI BERGAMO Tel.035.4253011
E-mail: comune@comune.sanpaolodargon.bg.it - P.IVA 00288640162

All'interno del nucleo familiare è presente una persona con riconoscimento di invalidità civile al 100%.	☐ NO ☐ SI, INDICARE NOME E COGNOME
All'interno del nucleo familiare è presente una persona in possesso della condizione di disabilità ai sensi della L. 104/92.	☐ NO ☐ SI, INDICARE NOME E COGNOME
Dichiarazione contributi o sostegni pubblici al reddito e stato di bisogno Nel mio nucleo familiare alcuni componenti percepiscono: CAMPO OBBLIGATORIO	☐ Reddito di Cittadinanza ☐ Pensione di Cittadinanza ☐ Reddito di Emergenza e altre indennità speciali connesse all'emergenza ☐ Naspi ☐ Altro (Specificare) _____ _____ ☐ Nulla di quanto sopra
Il mio nucleo familiare richiede i buoni FARMACIA in quanto attualmente o nel corso degli anni 2020/2021 si è trovato in una delle seguenti condizioni collegate alla crisi dell'emergenza sanitaria COVID CAMPO OBBLIGATORIO	☐ Aumento della spesa sanitaria familiare per farmaci e parafarmaci ☐ Aumento della spesa assistenziali dei minori del nucleo familiare ☐ Perdita lavoro o diminuzione orario di servizio, con conseguente diminuzione del reddito familiare

CHIEDE il rilascio dei BUONI SPESA FARMACIA MINORI EMERGENZA COVID 19

DICHIARAZIONI

Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che:

- in caso di dichiarazioni non veritiere nel contenuto dell'istanza, decade il diritto ai benefici eventualmente concessi, ai sensi dell'Art. 75 del D.P.R. 445/2000 ed incorre nelle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del richiamato D.P.R.;



COMUNE DI SAN PAOLO D'ARGON

Piazza del Filatoio, 3 - cap.24060 PROVINCIA DI BERGAMO Tel.035.4253011
E-mail: comune@comune.sanpaolodargon.bg.it - P.IVA 00288640162

- sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai fini di accertare la veridicità delle informazioni contenute nella dichiarazione mediante confronto con i dati del Ministero delle Finanze ed altri istituti e Pubbliche Amministrazioni;
- i dati forniti sono coperti da segreto d'ufficio ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e vengono trattati ed utilizzati esclusivamente nel procedimento amministrativo finalizzato alla formazione della graduatoria e la concessione del beneficio; i dati forniti possono essere comunicati ad altre Amministrazioni in relazione alle attività di controllo correlate al procedimento;
- il mancato conferimento dei dati richiesti comporta l'interruzione e/o l'annullamento del procedimento amministrativo in corso;
- il titolare dei dati conferiti è il Comune di San Paolo d'Argon e il Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Area Amministrativa;
- è obbligatorio comunicare, per iscritto, ogni modifica intervenuta alle situazioni dichiarate nella presente domanda entro il termine l'ultimo giorno del mese nel quale si verifica la variazione.

Infine, dichiaro:

- che in osservanza dell'Art. 1, comma 9 lettera e) della legge 6/11/2012 n. 190, non sussiste alcuna relazione e/o rapporto di parentela, affinità, convivenza, con le figure professionali addette all'istruttoria della presente richiesta;
- che il richiedente e gli altri componenti del nucleo familiare non sono morosi nei confronti del Comune di San Paolo d'Argon;
- di aver preso visione ed accettare il contenuto dell' avviso pubblico approvato con deliberazione di g.c. n. 91 del 22/07/2022.

TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a debitamente informato ai sensi degli articoli 13 e 23 del D.lgs. 30/06/2003, n. 196 e del regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari ex D.lgs. 30/06/2003 , approvato con deliberazione di C.C. n. 40 del 17/12/2005, e il GDPR – Regolamento Generale sulla Protezione Dati, in vigore in tutti i paesi dell'Unione Europea dal 25 maggio 2018 (General Data Protection Regulation, ufficialmente regolamento UE n. 2016/679), concede il proprio consenso al Comune di San Paolo d'Argon a trattare, conservare e trasmettere agli uffici preposti i dati personali acquisiti.

Firma.....

DA ALLEGARE:

- Documento di identità in corso di validità del richiedente.
- **Eventuale** Attestazione ISEE Corrente o attestazione ISEE 2022