



COMUNE DI GRICIGNANO DI AVERSA
Provincia di Caserta

AL COMUNE
DI GRICIGNANO DI AVERSA (CE)
Piazza Municipio,17
81030 - Gricignano di Aversa (CE)
Alla c.a. della RESPONSABILE DELL'AREA SOCIO – ASSISTENZIALE
E PUBBLICA ISTRUZIONE

Oggetto: Avviso pubblico per l'erogazione di n. 50 pacchetti di n. 2 voucher farmaceutici donati dalla Farmacia Sant'Andrea Snc C.F. 04818880611 e da destinare a nuclei familiari residenti composti da almeno 1 soggetto disabile e/o invalido.

Il/La Sottoscritto/a

Nato/a ail.....

CF.....

..... Residente in.....

alla Via/Corso/Piazza.....N°.....

Telefono/cell.....

CHIEDE

Di accedere al beneficio per la concessione di **“n. 1 pacchetto da n. 2 voucher farmaceutici”** spendibili presso la Farmacia Sant'Andrea Snc” CF. 04818880611 sita in VIA BOSCARIELLO 9A - 9B - 81030 - GRICIGNANO DI AVERSA (CE) in favore dei nuclei familiari residenti nel territorio comunale composti da almeno 1 soggetto disabile e/o invalido.

A tal uopo, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti richiamate dall'art. 76 del D.P.R 445 del 28 dicembre 2000.

DICHIARA

1) Di essere cittadino/a italiano/a oppure _____
(indicare eventuale stato estero);

2) Che il proprio nucleo familiare (famiglia anagrafica e soggetto a carico IRPEF) oltre al sottoscritto/a è così composto:

N.	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Disabilità/Invalidità
1				
2				

3				
4				
5				
6				

- 3) che tutti i componenti al punto precedente sono residenti presso il Comune di Gricignano di Aversa;
- 4) di aver preso visione dell'Avviso di cui alla determina relativa all'oggetto e di essere consapevole che la compilazione esatta della domanda di partecipazione ed il possesso dei requisiti debitamente provati con la documentazione richiesta è condizione indispensabile all'ammissione allo stesso ed all'inserimento in graduatoria;
- 5) che è possibile presentare per ogni nucleo familiare residente, possessore dei requisiti previsti dal bando, una sola domanda;
- 6) di essere consapevole che i voucher farmaceutici andranno spesi entro 30 giorni dalla data di consegna;
- 7) di essere consapevole che non è possibile utilizzare ciascun voucher farmaceutico in maniera parziale;
- 8) di essere consapevole che sono esclusi dall'utilizzo dei voucher gli acquisti relativi a ticket sanitari e prodotti classificati come alimenti;
- 9) di essere consapevole che i voucher, una volta consegnati, non sono rimborsabili in caso di smarrimento/furto;
- 10) di essere consapevole che i voucher non sono cedibili a terzi;

Allega alla presente domanda la seguente documentazione:

1. Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Modello ISEE in corso di validità;
3. Verbale l.104/92 art. 3 comma 3/Verbale l.104/92 art. 3 comma 1/
Certificazione invalidità civile ;
4. Consenso al trattamento dei dati personali;

Luogo, data

FIRMA

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____ nato a _____
_____ Il _____ CF _____ Residente a _____
_____ Via _____ n. _____ Tel. _____
_____ Cell. _____

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto _____,

Li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Note: Il modulo deve essere obbligatoriamente compilato in modalità digitale cliccando sugli appositi spazi e successivamente inviato all'indirizzo di posta elettronica o PEC dell'ufficio competente.

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003

Gentile Signore/a, Desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: formulazione di una graduatoria per l'assegnazione di voucher farmaceutici
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale ed informatizzato
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata concessione del beneficio.
4. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione;

Il trattamento che sarà effettuato sui dati sensibili ha le seguenti finalità: formulazione di una graduatoria per l'assegnazione di voucher farmaceutici sarà effettuato con le seguenti modalità: informatizzato e manuale. I dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione. La informiamo che il conferimento dei dati sensibili è facoltativo

5. Il titolare del trattamento è: Comune di Gricignano di Aversa

6. Il responsabile del trattamento è la Dott. ssa Paolina Andreozzi

7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.