



COMUNE DI SESSANO DEL MOLISE
(Provincia di Isernia)

Prot. n. 3446/2024

PRESTAZIONI SOCIALI IN FAVORE DI CITTADINI AFFETTI DA MALATTIE RARE PER LA FORNITURA DI FARMACI DI FASCIA C – DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 321 DEL 25 GIUGNO 2024.

AVVISO PUBBLICO

Si porta a conoscenza degli interessati che la Regione Molise, con deliberazione di Giunta Regionale n. 321 del 25/06/2024, ha approvato gli indirizzi operativi per i Comuni ai fini del riconoscimento del contributo economico straordinario in favore dei cittadini affetti da patologie rare per la fornitura dei farmaci di fascia C.

Ai sensi di quanto disposto dalla deliberazione sopra richiamata, i requisiti necessari per accedere al suddetto contributo sono:

1. essere affetti da patologia rara, di cui all'elenco allegato al DPCM 12/01/2017;
2. essere in possesso di idonea documentazione rilasciata dal SSN che attesti "l'indispensabilità e insostituibilità" dei farmaci di fascia C per i quali si chiede il contributo;

Il contributo economico verrà riconosciuto secondo i parametri della sottostante tabella:

VALORE ISEE	CONTRIBUZIONE
Da 0 a 20.000	100%
Da 20.000,01 a 30.000	75%
oltre 30.000,01	50%

I cittadini in possesso dei suddetti requisiti possono presentare istanza di contributo, corredata della documentazione sanitaria attestante l'indispensabilità e insostituibilità dei farmaci di fascia C, dell'ultima dichiarazione ISEE in corso di validità e dei giustificativi di spesa dei farmaci dei quali si chiede il rimborso, al proprio Comune di residenza.

In considerazione della duplice rendicontazione prevista dalla Regione Molise, le richieste dovranno pervenire entro le seguenti date:

- **15 luglio 2024**
- **30 novembre 2024**

L'Ufficio Amministrativo del Comune di Sessano del Molise, verificata la regolarità dell'istanza, provvederà a richiedere alla Regione Molise entro i successivi 30 luglio e 15 dicembre il trasferimento delle risorse occorrenti ai fini dell'erogazione del contributo economico straordinario. La Regione, acquisite le istanze dei Comuni, trasferirà agli stessi le risorse richieste in due soluzioni: entro il mese di agosto 2024 per le istanze pervenute entro il 30 luglio 2024, entro il mese di dicembre 2024 per le istanze pervenute entro il 30 novembre 2024, se sussiste la capienza finanziaria per tutte le istanze pervenute nei termini, ovvero in quota parte proporzionale fino a concorrenza dell'importo disponibile. Per ulteriori informazioni o chiarimenti è possibile contattare l'Ufficio Amministrativo del Comune di Sessano del Molise al seguente recapito telefonico: 0865/930131.

Sessano del Molise, 11 luglio 2024

Il Responsabile del Servizio
f.to *Valentina Di Gabriele*

OGGETTO: RICHIESTA RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER FARMACI DI FASCIA C PER PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE RARE AI SENSI DELLA D.G.R. N. 321 DEL 25 GIUGNO 2024.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni)

Il/la sottoscritto/a è consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi verrà punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera - art. 75 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Nome) (Cognome)
il _____ C.F. _____
residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____
tel. _____ cell. _____

in qualità di:

(spuntare la sola casella interessata)

- Diretto/a interessato/a
- Genitore o tutore*
- Altro familiare*

*Da compilare solo se genitore/tutore o altro familiare:

di _____ nato/a a _____
(Nome) (Cognome)
il _____ C.F. _____
residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

affetto/a dalla seguente malattia rara _____ come da certificazione medica allegata;

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute per farmaci di fascia C per l'importo complessivo di € _____ di cui si allegano alla presente gli scontrini fiscali.

Accredito su C/C Bancario/Postale intestato a:

Cognome	Nome	Codice Fiscale
IBAN		

Alla presente allega:

- Modello ISEE in corso di validità
- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Documentazione rilasciata dal SSN che attesti "l'indispensabilità e insostituibilità" dei farmaci di fascia C;
- Scontrini fiscali "parlanti".

Luogo e Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a autorizza, ai sensi del regolamento U.E. 679/2016, il trattamento dei propri dati per le finalità ed i termini connessi al presente servizio.

Il/la sottoscritto/a prende atto che il titolare del trattamento è il Comune di Sessano del Molise ed il responsabile della protezione dei dati è l'avv. Luca Ortali i cui dati sono pubblicati sul sito istituzionale del Comune di Sessano del Molise.

Nome e cognome dell'interessato

Luogo e data _____

(firma leggibile)