

**RICHESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER I FARMACI DI FASCIA C PER PAZIENTI
AFFETTI DA PATOLOGIE RARE AI SENSI DELLA D.G.R. N. 215 DEL 10.07.2025**

Il/la Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
esidente in _____
presso _____
C..F. _____

In qualità di:

☐ Soggetto interessato

☐ Altro familiare

☐ Tutore

Specificare il soggetto interessato in caso di Altro familiare o Tutore

di _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
residente in _____
presso _____
C.F. _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per i **farmaci di fascia C** per un importo complessivo di Euro _____, che potrà essere versato ai seguenti riferimenti bancari:

IBAN _____

Banca _____

A tal fine allega alla presente gli scontrini fiscali emessi a favore del soggetto interessato affetto dalla seguente patologia rara _____ come attestato dalla certificazione medica allegata.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che in caso di rimborso della spesa effettuata la stessa non potrà essere portata in detrazione nella denuncia dei redditi.

Dichiaro, altresì, di aver preso visione dell'informativa allegata alla presente domanda e resa ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) N. 2016/679 (c.d. "GDPR").

Infine, allega alla presente:

- il documento di riconoscimento del soggetto interessato e dell'eventuale familiare o tutore
- la certificazione medica attestante la patologia rara e richiesta di farmaci di fascia C
- gli scontrini fiscali
- il modello ISEE in corso di validità.

Luogo e data, _____

Firma

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 T.U. sulla privacy.

In relazione ai dati personali in possesso di questo Ente, a seguito della domanda presentata dalla S.V. per la richiesta di contributo per l'assistenza economica (patti sociali) e rimborso spese medicinali nonché dei dati personali di cui questo Ente potrà entrare in possesso con predisposizioni di accertamenti effettuati direttamente ed infine, l'acquisizione di dati da parte dei competenti uffici finanziari per l'erogazione dei contributi richiesti. La informiamo di quanto segue:

1. **Finalità del trattamento dei dati:**

il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta erogazione del contributo economico volto al superamento di fenomeni di esclusione e di emarginazione sociale definito "Patto Sociale" con verifiche dei requisiti, come da disposizioni del "Regolamento Comunale Socio-Assistenziale" Attuato con delibera n.607 del 12.06.96.

1. **Modalità del trattamento dei dati:**

il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate nell'art. 4 lett. a) T.U. sulla privacy; il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento;

2. **Conferimento dei dati:**

il conferimento di dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1;

3. **Rifiuto di conferimento di dati:**

l'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1;

4. **Comunicazione dei dati:**

i dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati ad Uffici ed Enti pubblici per attività connesse con il corretto adempimento di quanto indicato al punto 1, nonché a soggetti privati, ma in tal caso solo se la comunicazione è prevista da norma di legge o di regolamento;

5. **Diffusione dei dati:**

i dati potranno essere diffusi solo mediante le prescritte pubblicazioni nell'albo pretorio comunale a norma del Regolamento;

6. **Diritti dell'interessato:**

l'art. 7 del T.U. sulla privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati;

7. **Titolare e responsabili del trattamento:**

Titolare del trattamento dati è il comune di Campobasso, nella persona del Dirigente del Settore Sicurezza Sociale. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Sicurezza Sociale. Incaricati del trattamento sono il personale addetto al servizio del Comune di Campobasso.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali

☐ **acconsento**

☐ **non acconsento**

al trattamento per le finalità descritte al punto 1 dell'informativa

Nome e cognome dell'interessato

Luogo e data _____

(firma leggibile)

Si attesta che in data odierna ____ l ____ Sig./Sig.ra _____ ha presentato istanza per il rimborso delle spese sostenute per farmaci di fascia C per pazienti affetti da malattie rare
Luogo e data _____ Firma del dipendente addetto alla ricezione