



Comune di Zibido San Giacomo

Città Metropolitana di Milano

20058, Piazza Roma 1 - C.F. 80102330158 - P. IVA 05067450154

Al Comune di ZIBIDO SAN GIACOMO

Oggetto: Richiesta “BUONO FARMACIA 2026 della Pro Loco di Zibido San Giacomo in collaborazione con le Farmacie di Zibido San Giacomo”

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale _____ residente a _____

in via/piazza _____ n _____

telefono/cellulare: _____

e-mail: _____

CHIEDE di poter beneficiare del “BUONO FARMACIA 2026 della Pro Loco di Zibido S. Giacomo in collaborazione con le Farmacie di Zibido San Giacomo”

Al tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione non veritiere, di informazione o uso di atti falsi, e dall'art. 11, comma 3, del DPR n. 403 del 20/10/1998 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle predette dichiarazioni, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. n°4 della L. 15/1968 e n°2, comma 1 del DPR n. 403/1998 e sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art.76)

DICHIARA

- ☐ Di essere residente nel Comune di Zibido San Giacomo al momento della pubblicazione del presente avviso
- ☐ Di avere un ISEE 2026 pari a € _____
- ☐ Che nessun componente del nucleo familiare benefici nel 2026 dell'Assegno di inclusione;
- ☐ Che lo Stato di famiglia anagrafica a cui appartiene è così composto:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO PARENTELA



DICHIARA, altresì:

- Di essere consapevole delle responsabilità penali a suo carico, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del DPR.
- di essere a conoscenza che in caso di false dichiarazioni potrà essere perseguito ai sensi del codice penale, nonché obbligato alla restituzione di quanto indebitamente ricevuto dal Comune.
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati da parte degli organi competenti;
- di aver preso piena conoscenza di tutte le condizioni stabilite nell'avviso "BUONO FARMACIA 2026 della Pro Loco di Zibido San Giacomo in collaborazione con le Farmacie di Zibido San Giacomo" e di aver letto con attenzione il contenuto della dichiarazione sottoscritta;

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- Fotocopia del documento d'identità personale del richiedente;

È obbligatoria la compilazione completa del presente modulo, per consentire la verifica dei requisiti. Nel caso di una pratica incompleta, non sarà possibile procedere alla valutazione della domanda e all'eventuale erogazione dei buoni.

Data _____

Firma del richiedente _____



INFORMATIVA PER RICHIESTA BUONO FARMACIA 2026 DELLA PRO LOCO DI ZIBIDO SAN GIACOMO IN COLLABORAZIONE CON LE FARMACIE DI ZIBIDO SAN GIACOMO

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

Il Titolare del trattamento dei dati è il COMUNE DI ZIBIDO SAN GIACOMO che Lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 02/900201 – E-mail/PEC: protocollo@pec.comune.zibidosangiacomo.mi.it

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy@comune.zibidosangiacomo.mi.it

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

I dati personali da Lei forniti saranno trattati per le seguenti finalità: ricezione, istruttoria e valutazione della domanda di partecipazione al bando; verifica dei requisiti di ammissione; formazione della graduatoria; assegnazione del buono farmacia e comunicazione dei Suoi dati identificativi (nome, cognome e codice buono) alla farmacia aderente assegnata, ai fini della verifica della Sua identità al momento dell'utilizzo del buono; adempimenti amministrativi e contabili connessi alla gestione dell'iniziativa.

La base giuridica del trattamento è l'esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investito il Titolare (art. 6, par. 1, lett. e) del Regolamento UE 2016/679). Per gli adempimenti contabili e di legge, la base giuridica è l'obbligo legale cui è soggetto il Titolare (art. 6, par. 1, lett. c) del Regolamento UE 2016/679).

I dati personali oggetto di trattamento sono: dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, residenza), dati di contatto (recapito telefonico, indirizzo email), dati relativi alla situazione economica (attestazione ISEE), composizione del nucleo familiare.

I Suoi dati saranno trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679. In particolare, sono designati Responsabili del trattamento la Farmacia 1, con sede in ZIBIDO SAN GIACOMO (FRAZ. ZIBIDO), e la Farmacia 2, con sede in ZIBIDO SAN GIACOMO (FRAZ. BADILE), alle quali saranno comunicati esclusivamente i dati necessari alla verifica dell'identità del beneficiario (nome, cognome e codice buono assegnato). I dati potranno inoltre essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è necessario per la partecipazione all'iniziativa e l'assegnazione del buono farmacia; qualora non fornirà tali informazioni non sarà possibile ottenere la prestazione richiesta.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione,



l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga

sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

_____, li _____

Firma per esteso e leggibile per presa visione _____