

COMUNE DI POLIZZI GENEROSA
Città Metropolitana di Palermo

UFFICIO SERVIZI SOCIALI
AVVISO PUBBLICO

**PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA
FARMACEUTICA ATTRAVERSO LE FARMACIE SITE NEL
TERRITORIO COMUNALE**

Il presente avviso si pone quale obiettivo quello di individuare aspiranti beneficiari del servizio di assistenza sanitaria farmaceutica a favore di soggetti che necessitano di farmaci e che appartengono a fasce sociali deboli con un ISEE non superiore a € 10.000,00, risultanti dalla certificazione ISEE, finanziato con il fondo speciale per l'equità del livello dei servizi di cui all'articolo 1, comma 496, lettera a), legge 213/2023, per l'anno 2025.

Requisiti di accesso:

- Residenza nel Comune di Polizzi Generosa;
- Essere in possesso di ISEE in corso di validità pari o inferiori ad € 10.000,00;

Tipo di intervento

Agli aspiranti beneficiari, qualora all'atto della dispensazione del farmaco di classe C, cioè quelli a carico del cittadino con obbligo di ricetta, il farmacista imputerà il prezzo del farmaco ridotto del 10% come agevolazione all'acquisto a carico della farmacia e del 60% con onere a carico del Comune di Polizzi Generosa.

Criteri predisposizione graduatoria

A seguito della presentazione delle istanze, l'ufficio Servizi Sociali redigerà apposita graduatoria, in ordine crescente di ISEE dando priorità, a parità di ISEE al nucleo familiare più numeroso e il richiedente più anziano.

Entità del contributo da erogare alle famiglie.

Il contributo da erogare alle famiglie, sarà commisurato in base all'indicatore ISEE posseduto e verrà differenziato secondo il prospetto che segue:

da € 0,00 ad € 2.000,00 contributo massimo di € 175,00;
da € 2.001,00 ad € 4.000,00 contributo massimo di € 150,00;
da € 4.001,00 ad € 6.000,00 contributo massimo di € 125,00;
da € 6.001,00 ad € 8.000,00 contributo massimo di € 100,00;
da € 8.001,00 ad € 10.000,00 contributo massimo di € 75,00;

In caso di fondi insufficienti a soddisfare tutte le istanze verrà data priorità alle famiglie con indice ISEE più basso e comunque sino ad esaurimento della somma di € 2.000,00;

Modalità di accesso al servizio

La domanda, debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente sull'apposita modulistica fornita dall'Ufficio Servizi Sociali, dovrà pervenire entro il 16/03/2026 pena esclusione, corredata dai seguenti documenti:

- attestazione ISEE rilasciato ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;

- **fotocopia di un documento di identità in corso di validità;**

Per ulteriori informazioni e per ritirare il modello di domanda gli interessati possono rivolgersi all'ufficio servizi sociali del Comune o consultando il sito del Comune alla pagina: www.comune.polizzi.pa.it

Polizzi Generosa li

Polizzi Generosa li 16/02/2026

Il Responsabile dell'Area
F.to Dr. Antonino Russo

Il Sindaco
F.to Dr. Gandolfo Librizzi

**Al Sig. Sindaco del
Comune di Polizzi Generosa**

**Oggetto: Domanda "Assistenza Sanitaria Farmaceutica"giusto avviso del
(entro il _____).**

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____, residente in Polizzi Generosa, Via _____
n. _____, telefono n. _____
C.F. _____

CHIEDE
di essere ammesso al beneficio distinto in oggetto, giusto Avviso Pubblico del
_____.

Si allega alla presente la seguente documentazione:

attestazione ISEE rilasciato ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità;

Polizzi Generosa, li _____

Il Richiedente

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a Polizzi Generosa, in Via _____ n.
ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003, dà la propria autorizzazione al trattamento dei
dati personali.

Polizzi Generosa, li _____

Firma
