

**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'articolo1, 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 graduatorie**

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](http://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

\_\_\_\_\_