



COMUNE DI VALNEGRA

Provincia di Bergamo

LINEE DI INDIRIZZO PER IL SERVIZIO CONSEGNA A DOMICILIO DI FARMACI A CITTADINI RESIDENTI

ART. 1 - FINALITÀ DELL'INTERVENTO

1. Il presente regolamento è rivolto a disciplinare i criteri e le modalità cui l'amministrazione comunale si attiene per la consegna a domicilio di farmaci a cittadini residenti nel Comune di Valnegra aventi determinati requisiti di impedimento, anche momentaneo, a recarsi personalmente in farmacia.

ART. 2 - DESTINATARI DELL'INTERVENTO.

1. L'intervento è rivolto agli anziani ultrasettantenni, alle persone riconosciute invalide al 100%, a persone non autonome o con inabilità temporanea oggettiva, ed a quei cittadini con particolari situazioni temporanee certificate con idonea documentazione medica.
2. I cittadini richiedenti il servizio dovranno autocertificare, compilando il modulo allegato sub "A" il loro requisito di inabilità; per le inabilità temporanee non oggettive il richiedente dovrà produrre altresì la relativa certificazione sanitaria.
3. L'istruttoria delle domande verrà svolta dall'Ufficio comunale che determinerà l'ammissione o l'esclusione dei richiedenti entro 7 giorni dal ricevimento della domanda. Ai cittadini ammessi al servizio verrà consegnata un'apposita busta nella quale dovranno essere inserite le ricette per la normale fruizione del servizio.

ART. 3 – MODALITÀ DI ATTUAZIONE

1. Il servizio di consegna a domicilio di farmaci è svolto direttamente dai Farmacisti individuati dal Comune.
2. L'utente impossibilitato a recarsi personalmente in farmacia dovrà **consegnare la ricetta medica** all'interno dell'apposita busta fornita dal Comune recapitando la stessa presso gli uffici comunali **il lunedì entro le ore 13,00**. La busta contenente la ricetta dovrà essere inserita nell'apposita cassetta che all'esterno reca il nome della farmacia di riferimento.
3. Successivamente i Farmacisti provvederanno a ritirare le buste contenenti le ricette ed a **consegnare i farmaci al domicilio degli interessati dalle ore 17,00 del lunedì alle ore 19 del martedì**. Nel caso di farmaci non disponibili presso la farmacia, il Farmacista provvederà direttamente ad informare l'utente interessato concordando il giorno e l'ora della consegna.
4. **L'utente è tenuto a rimanere nella propria abitazione negli orari indicati per la consegna dei farmaci e tenere disponibile il denaro contante per corrispondere al Farmacista l'importo del farmaco richiesto e riportato sullo scontrino che gli verrà consegnato unitamente ai farmaci.**

ART. 4 – MODULISTICA – ALLEGATO "A"

1. I cittadini interessati dovranno inoltrare domanda al Comune mediante la compilazione della domanda conforme al seguente modello, allegato sub. A



SERVIZIO CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO

Allegato A

Al Sig. Sindaco
del Comune di Valnegra

SERVIZIO CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO

l sottoscritt_
scrivere in stampatello cognome e nome

nat_ a_ il

e residente a VALNEGRA in via/piazza n.....

codice fiscale n..... tessera sanitaria n.....

telefono n..... medico di base
scrivere in stampatello cognome e nome del proprio medico di base

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di **CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO**, ai sensi del vigente regolamento comunale, ed al riguardo sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di avere un'età superiore a 70 anni
- essere invalido al 100%
- di non essere automunito
- di trovarsi nell'impossibilità momentanea di provvedere autonomamente al ritiro dei farmaci *(solo per persone di età inferiore ai 70 anni)*. All'uopo allega idoneo certificato medico comprovante tale situazione

da qui in poi la compilazione deve essere effettuata da tutti i soggetti richiedenti

- che la propria rete familiare è composta dai Sigg.

<i>cognome nome</i>	<i>età</i>	<i>grado di parentela</i>	<i>numero di telefono</i>
residente a VALNEGRA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	coabitante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<i>cognome nome</i>	<i>età</i>	<i>grado di parentela</i>	<i>numero di telefono</i>
residente a VALNEGRA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	coabitante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<i>cognome nome</i>	<i>età</i>	<i>grado di parentela</i>	<i>numero di telefono</i>
residente a VALNEGRA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	coabitante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

- di esprimere preferenza per la fornitura presso la farmacia di Piazza Brembana
oppure
- di esprimere preferenza per la fornitura presso la farmacia di Isola di Fondra
- di impegnarsi a comunicare al Comune di Valnegrà ogni e qualsiasi variazione delle condizioni di cui sopra
- di conoscere ed accettare le condizioni che regolano la fruizione del servizio
- di richiedere che, qualora spettante, gli venga rilasciato lo scontrino fiscale per la detrazione dell'importo del farmaco richiesto (*la casella va barrata solo se di interesse*)
- allega fotocopia della Carta di identità, del codice fiscale, della tessera sanitaria (*fronte e retro*)

..... ,
Luogo e data

In fede

.....
firma per esteso leggibile

Il sottoscritto interessato, acquisite tutte le informazioni di cui all'art. 13 D.Lgs n. 196/2003, ai sensi dell'art. 23, presto il mio consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili legati alla mia salute, conferiti nel presente modulo per le finalità ivi dichiarate. A tal fine, preso atto che i miei dati personali saranno conservati ed elaborati nella massima riservatezza e che non saranno diffusi, acconsento esplicitamente che vengano comunicati alle organizzazioni di volontariato che si affiancheranno a Voi nell'espletamento del servizio per la consegna al mio domicilio dei farmaci.

..... ,
Luogo e data

In fede

.....
firma per esteso leggibile