



COMUNE DI MARIGLIANO

Città Metropolitana di Napoli

“Progetto PNES – INMP - AslNapoli3Sud – Contrasto alla povertà sanitaria” Avviso Pubblico per la raccolta di Manifestazioni di Interesse finalizzate all’individuazione di soggetti che per difficoltà economica e/o di emarginazione, rinunciano a cure di base, a cure specialistiche e a trattamenti odontoiatrici.

L’ASL Napoli 3 Sud, in attuazione del Progetto PNES – INMP – Programma Nazionale Equità nella Salute, area di intervento “Contrasto alla povertà sanitaria”, intende promuovere interventi in favore di quei soggetti che per difficoltà economiche e/o di emarginazione, rinunciano a cure di base, a cure specialistiche, a trattamenti odontoiatrici.

Il presente Avviso Pubblico, promosso in sinergia con il Distretto Sanitario n. 48, è volto ad individuare i soggetti che abbiano le caratteristiche di ammissibilità ai trattamenti previsti dal piano operativo di che trattasi, come di seguito riportati.

REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ

I richiedenti dovranno essere in possesso di una delle seguenti condizioni minime:

- Cittadino/a residente nel comune di Marigliano (NA), con attestazione ISEE, in corso di validità, di importo inferiore ad euro 10.000,00;
- Cittadino/a residente nel comune di Marigliano (NA), titolare di esenzione ticket per reddito;
- Cittadino/a di Paesi Terzi non iscritto/a al SSN e Temporaneamente Presente con codice STP;
- Cittadino/a Comunitario/a non iscritto/a al SSN con codice ENI.

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

Per l'accesso ai trattamenti sanitari previsti dal piano operativo, i soggetti interessati, in possesso dei requisiti di ammissibilità, dovranno presentare un'apposita istanza, utilizzando esclusivamente la modalità informatizzata, a mezzo dell'utilizzo della piattaforma comunale *Arianna*, raggiungibile all'indirizzo <https://www.comunemarigliano.it/arianna> entro il termine ultimo e perentorio del **31.12.2024**. Entro il 5° giorno successivo all'apertura dei termini per l'accreditamento, i referenti sanitari del DS48, stileranno una prima graduatoria di ammessi ai trattamenti. L'Amministrazione Sanitaria si riserva la facoltà di chiedere la presentazione della documentazione probante i requisiti dichiarati, anche nella modalità cartacea, in originale o per copia conforme ad essa.

Pena l'inammissibilità, non è consentita la trasmissione delle istanze mediante forma diversa da quella sopra indicata.

Non verranno prese in considerazione le domande non complete di tutta la documentazione richiesta.

I referenti ASL per le attività di cui al presente avviso sono la Dott. ssa Rosa Marrazzo e il Dott. Alessandro Auriemma

CRITERI DI VALUTAZIONE

Le domande di accesso ai trattamenti sanitari previsti, pervenute entro il termine prescritto e secondo i criteri dettati, saranno oggetto di istruttoria per la valutazione degli specifici requisiti di ammissibilità.

Tutti i requisiti da valutare dovranno essere posseduti alla data di presentazione della domanda.

I contatti per i candidati ai benefici avverranno unicamente ed esclusivamente a mezzo telefono, per cui sarà necessario indicare nella domanda di partecipazione numeri di telefono raggiungibili e presidiati.

AMMISSIONE AL BENEFICIO E DECADENZA DALLO STESSO

L'Amministrazione sanitaria si riserva di procedere a specifici e mirati controlli atti a confermare le dichiarazioni prodotte nella fase di richiesta di accesso ai trattamenti, fermo restando le sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000. La mancata conferma delle dichiarazioni rese comporterà l'immediata esclusione dal beneficio accordato.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- Fotocopia del documento d'identità o di riconoscimento del richiedente in corso di validità
- Attestazione ISEE se dovuta
- Altro tipo di documentazione attestante i requisiti dichiarati.

TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali comunicati dai richiedenti saranno trattati in modalità cartacea e/o informatica, nel rispetto di quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari in materia.

I dati saranno utilizzati per le finalità di cui al presente bando, per altre finalità proprie degli uffici comunali e per quelle demandate dalla normativa vigente.

**Domanda di Accesso ai trattamenti sanitari gratuiti
previsti dal Progetto PNES – INMP – ASL Napoli3Sud
- Contrasto alla povertà sanitaria -**

Al Distretto Sanitario 48
Asl Napoli3Sud
80034 – Marigliano (NA)

Il/La sottoscritto/a _____	
nato/a a _____	Prov. _____ il _____
il _____ / _____ / _____	Cod. Fisc. _____
e residente in _____	
alla via/corso/piazza _____	N. _____
telefono di casa _____	cellulare _____

CHIEDE

di essere ammesso ai trattamenti sanitari gratuiti per il **“Progetto PNES – INMP – ASL Napoli3Sud – Contrasto alla povertà sanitaria”**.

A tal fine,

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47, del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e consapando delle sanzioni civili e penali in cui incorre fornendo dichiarazioni false e/o mendaci,

- Di aver preso visione ed accettare i criteri e i disposti di cui all'avviso pubblico per l'ammissione al beneficio economico per il **“Progetto PNES – INMP – ASL Napoli3Sud – Contrasto alla povertà sanitaria”**.

(Spuntare la casella di interesse)

- Di essere Cittadino/a residente nel comune di Marigliano (NA) con attestazione ISEE, in corso di validità, di importo pari o inferiore ad euro 10.000,00, e, nel dettaglio, € _____
- Di essere cittadino/a residente nel comune di Marigliano (NA), titolare di esenzione ticket per reddito N. _____
- Di essere cittadino/a di Paesi Terzi non iscritto/a al SSN e Temporaneamente Presente con codice STP _____
- Di essere cittadino/a Comunitario/a non iscritto/a al SSN con codice ENI _____

Si allega alla presente, pena l'esclusione:

- Fotocopia del documento d'identità in riconoscimento del richiedente in corso di validità
- Attestazione ISEE se dovuta
- Altro tipo di documentazione restante i requisiti dichiarati.

Marigliano, li _____

Firma del richiedente _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

autorizza il trattamento dei dati personali e particolari dichiarati, ai sensi della vigente normativa in materia (D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e Regolamento UE 2016/679) ed è consapevole che gli stessi saranno utilizzati per tutte le finalità collegate al presente avviso.

Il domandante si impegna, altresì, a comunicare, con assoluta tempestività, una qualsivoglia variazione di quanto dichiarato e comunicato.

Marigliano, li _____

Firma del richiedente _____