



## Ordine dei Farmacisti della Provincia di Napoli

Napoli 30 Novembre 2021

### **A Tutti gli Iscritti all'Albo Professionale**

Prot. 4194/2021

**Oggetto: INIZIATIVE PER IL SOSTEGNO ECONOMICO AGLI ISCRITTI -**

Nuovo contributo previsto dal Comitato Centrale per i farmacisti genitori o tutori di soggetti in condizione di disabilità/invalidità/ handicap.

Gentile Collega,

Ti informo che il Comitato Centrale della FOFI ha deliberato l'istituzione di un'ulteriore misura assistenziale, pensata per i farmacisti genitori o tutori di soggetti in condizione di disabilità ex L. 68/1999 ovvero con invalidità civile ex D.Lgs. 509/1988 del 100% ovvero portatori di handicap ex L. 104/1992.

Quest'ultima tipologia di contributo è stata denominata "Contributo genitori o tutori di soggetti in condizione di disabilità/invalidità civile/handicap" e i farmacisti dovranno presentare le relative domande agli Ordini territoriali entro il 15.1.2022.

Tutti i dettagli sui requisiti di accesso e sulla documentazione da produrre sono descritti nella [Scheda 4](#) - Contributo disabilità Fondo Covid-19 (Allegato alla presente).

In merito alle dichiarazioni sostitutive, per uniformità e per evitare possibili errori nella compilazione si fornisce in allegato il [fac-simile](#).

Ciascun Ordine ha poi tempo fino al 31 gennaio p.v. per effettuare la verifica della regolarità e completezza della documentazione allegata alle istanze e per trasmettere quelle validate alla Federazione.

### **ATTENZIONE!!**

La domanda dovrà essere trasmessa dall'interessato all'Ordine territoriale presso il quale è iscritto, via pec, all'indirizzo [ordinefarmacista@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacista@pec.fofi.it) entro la data del 15 gennaio 2022. e, previa verifica della relativa regolarità e completezza, sarà trasmessa entro il 31 gennaio 2022 dall'Ordine stesso alla Federazione per la validazione finale e l'erogazione.

Cordiali saluti.

**ALL: Scheda 4**



Prof. Vincenzo Santagada  
Presidente Ordine Farmacisti Napoli



## FONDO ASSISTENZIALE COVID-19

### **“CONTRIBUTO GENITORI O TUTORI DI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ/INVALIDITÀ CIVILE/HANDICAP”**

#### 1. INDIVIDUAZIONE DEI DESTINATARI

- Contributo ai farmacisti genitori o tutori di soggetti in condizione di disabilità ex L. 68/1999 ovvero con invalidità civile ex D.Lgs. 509/1988 del 100% ovvero portatori di handicap ex L. 104/1992.

#### 2. REQUISITI PER L'ACCESSO

- Hanno diritto al bonus i farmacisti genitori o tutori di soggetti in condizione di disabilità ex L. 68/1999 ovvero con invalidità civile ex D.Lgs. 509/1988 del 100% ovvero portatori di handicap ex L. 104/1992.
- Il contributo è riconosciuto ad uno solo dei genitori se entrambi farmacisti.
- Il contributo potrà essere erogato esclusivamente agli iscritti che non hanno beneficiato di altra misura di sostegno di analoga natura corrisposta da Enti e/o Organismi di categoria.

#### 3. STANZIAMENTO

- L'importo complessivo previsto per l'erogazione del presente contributo è pari ad € 250,000,00 a far valere sullo stanziamento del “*Sostegno alla genitorialità*” (che è pari a 750.000,00). Il sussidio sarà distribuito sulla base delle domande presentate e fino all'esaurimento del suddetto importo, fatta salva la compensazione con gli eventuali fondi residui delle altre Sezioni, secondo una graduatoria di assegnazione elaborata in funzione crescente dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente-ISEE del richiedente.
- Eventuali fondi residui potranno essere utilizzati per finanziare le altre misure assistenziali previste.

#### 4. IMPORTO DEI CONTRIBUTI

- L'importo del contributo è fissato in € 700,00 *una tantum* per ogni persona con disabilità/invalidità civile del 100%/handicap all'interno del nucleo familiare ovvero per ogni persona in una delle suddette situazioni della quale si è stati nominati tutore.

#### 5. DOCUMENTAZIONE

- Per accedere al suddetto sussidio, il farmacista dovrà presentare all'Ordine di iscrizione apposita istanza entro il 15 gennaio 2022 corredata dei seguenti documenti:
  - autocertificazione, resa ai sensi del DPR 445/2000, dichiarativa della presenza nello stato di famiglia/nucleo familiare di almeno un figlio persona con disabilità/invalidità civile del 100%/handicap ovvero autocertificazione dichiarativa di essere tutore di persona in una delle suddette situazioni;

**Federazione Ordini Farmacisti Italiani**

00185 ROMA - VIA PALESTRO, 75 - TELEFONO 06 4450361 - TELEFAX 06 4941093

CODICE FISCALE n° 00640930582

PEC: [posta@pec.fofi.it](mailto:posta@pec.fofi.it); e-mail: [posta@fofi.it](mailto:posta@fofi.it) – sito: [www.fofi.it](http://www.fofi.it)

- autocertificazione, resa ai sensi del DPR 445/2000, dichiarativa di non aver percepito da Enti e/o Organismi di categoria contributo di analoga natura e di aver/non aver percepito altro analogo istituto da altri soggetti; l'autocertificazione dovrà contenere, altresì, la dichiarazione dell'assenza nel nucleo familiare di altro farmacista beneficiario delle predette misure;
- documento di identità;
- ultimo ISEE disponibile e comunque non anteriore al 2019.

Gli Ordini territoriali provvederanno a raccogliere le domande pervenute dagli iscritti entro il suddetto termine del 15.1.2022, per poi procedere alla verifica della relativa regolarità e completezza, nonché alla trasmissione alla Federazione entro il 31 gennaio 2022, per la successiva validazione da parte della competente Commissione federale.

Entro il 28.2.2022, sarà effettuata l'erogazione agli Ordini territoriali delle risorse dei sopraindicati contributi, sulla base del numero complessivo delle domande accolte per ogni Ordine, che a sua volta provvederà, entro il 31.3.2022, alla concreta erogazione dei contributi ai soggetti beneficiari e alla successiva rendicontazione alla Federazione.

# Dichiarazione sostitutiva di certificazione/Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(artt. 46 e 47 del D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

ai fini dell'erogazione del contributo previsto dalla Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani denominato " \_\_\_\_\_",

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

## DICHIARA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Dichiara, inoltre, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 – "GDPR" e del D.Lgs. 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente richiesta e, a tal fine, presta il consenso al trattamento dei dati personali.

Luogo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante  
(per esteso e leggibile)

N.B. Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.