

OGGETTO: Modulo di Domanda per l'ottenimento dell'“Indennità regionale fibromialgia” (IRF)

Anno 2024

Il / la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____,
Codice Fiscale _____ e residente a _____ in Via
_____ n. _____, tel. _____;

In qualità di:

☐ **Beneficiario**

Oppure

☐ **Familiare del beneficiario**

☐ **Legale Rappresentante del beneficiario**

☐ **Altro** _____

Del- la Sig./ra.

1) Nome e Cognome

nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____ e residente a Villasalto in Via
_____ n. _____,

CHIEDE

Di poter beneficiare dell'Indennità Regionale Fibromialgia (IRF)

A TAL FINE

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità

del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 D.P.R. 445/2000)

Di essere residente nel Comune di Villasalto;

☐ **Di essere in possesso della certificazione medica, di data non successiva al 30 aprile 2024, attestante la diagnosi di fibromialgia;**

☐ **Di non essere beneficiario di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia.**

CHIEDE INOLTRE

Che il versamento del sussidio economico venga effettuato tramite accredito sul C.C. Bancario:

A me intestato

Intestato a _____

CODICE IBAN

DICHIARA ALTRESI' di aver preso visione dell'Avviso Pubblico allegato alla Determinazione del Responsabile del Servizio Sociale n. 55 del 13/02/2024 predisposto secondo le Linee Guida approvate dalla Regione Autonoma della Sardegna con Deliberazione della Giunta Regionale n. 7/12 del 28/02/2023 Deliberazione della Giunta Regionale del 10/39 del 16/03/2023 e di accettarlo in ogni suo articolo.

Alla domanda si allega la seguente documentazione:

☐ **Copia documento di identità del beneficiario, in corso di validità;**

☐ **Copia documento d'identità del richiedente, se diverso dal beneficiario, in corso di validità;**

☐ **Isee Ordinario in corso di validità;**

☐ **Certificazione attestante la patologia e rilasciata da un medico specialista (non da medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista.**

DICHIARO

Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali

Luogo e data _____

FIRMA
