



COMUNE DI SEDINI

Provincia di Sassari

Via La Rampa, 20 - 07035 SEDINI
C.F. 80003520907 – P.IVA 01257180909

Area socio-assistenziale, scolastica culturale

Tel 079/589205 – Fax 079/589250

E-mail ssociali@comune.sedini.ss.it

www.comune.sedini.ss.it

All. B alla Det. N.del 07/03/2025

Domanda "Indennità regionale fibromialgia" (IRF) – Anno 2025

Legge regionale 18 gennaio 2019, n. 5, modificata dalla L.R. 21 novembre 2024, n. 18 art. 1, c. 9

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (Prov.____) e residente nel Comune di Sedini
in Via _____ n° _____ tel. _____
e-mail _____ C.F. _____

in qualità di:

beneficiario

oppure:

genitore

amministratore di sostegno o tutore legale

del Sig./Sig.ra

Cognome e Nome _____ nato/a il _____
a _____ (Prov.____) e residente nel Comune di Sedini
in Via _____ n° _____ tel. _____
e-mail _____ C.F. _____

CHIEDE

di poter ottenere il riconoscimento dell'**Indennità regionale fibromialgia (IRF)** introdotta dalla L.R. n. 5/2019 modificata dalla L.R. 21 novembre 2024, n. 18 art. 1, c. 9, **per l'anno 2025**.

A tal fine DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevoli di quanto previsto dal successivo art. 75 in materia di decadenza dai benefici e dall'art. 76 che stabilisce che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e

delle leggi speciali vigenti:

- di essere in possesso di certificazione medica, di data non successiva al 30/04/2025, attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata da un medico specialista (non da un medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;
- non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia.
- essere in possesso di un ISEE sociosanitario 2025 pari a € _____

Il/La/i richiedente/i dichiara / dichiarano inoltre di essere consapevole/i che:

- ✓ l'Amministrazione Comunale, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti in materia, provvederà ad effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese e a segnalare eventuali difformità alle Autorità competenti;
- ✓ in caso di false dichiarazioni il cittadino decadrà immediatamente dal beneficio concessogli, con facoltà per l'Ente di rivalsa per le somme indebitamente percepite, ed incorrerà nelle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi vigenti in materia.
- ✓ i dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per le finalità di cui alla presente istanza e che essi potranno essere comunicati, per la medesima finalità, agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento o a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.

Il/La/i richiedente/i dichiara / dichiarano di avere preso visione dell'Informativa ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n° 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679, sul **trattamento dei dati personali** disponibile sul sito istituzionale dell'ente e nella sede comunale.

Il/La richiedente

SI IMPEGNA

a presentare **entro il 30/11/2025** le pezze giustificative relative agli interventi ammessi al rimborso, previsti dall'art. 5 dell'Avviso Pubblico.

CHIEDE

che, in caso di accoglimento della richiesta, l'importo riconosciuto sia corrisposto con trasferimento sul Conto Corrente bancario/postale:

IBAN _____

Intestato a:

Allega:

- Certificazione medica come indicato all'art. 1 dell'Avviso Pubblico;
- ISEE sociosanitario 2025;
- Documento di identità del richiedente,
- Copia IBAN (OBBLIGATORIO)

Sedini, lì _____

Firma del richiedente
