



# 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

E-mail [ssociali@comune.sedini.ss.it](mailto:ssociali@comune.sedini.ss.it)

[www.comune.sedini.ss.it](http://www.comune.sedini.ss.it)

*All. C alla Det. N.. del 07/03/2025*

### **“Indennità regionale fibromialgia” (IRF) Dichiarazione permanenza/perdita requisiti per l’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**

**in nome e per conto 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. \_\_\_\_\_

### **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 residente nel comune di Sedini;
- di non beneficiare, per la stessa patologia, di altre provvidenze assistenziali;
- che permangono i requisiti dichiarati nella domanda anno 2024;
- che il valore Isee sociosanitario, per il 2025, è pari a € \_\_\_\_\_;
- di non essere più residente a Sedini e pertanto di non dover ricevere l'IRF 2025 da parte

del Comune di Sedini.

Il/La/i dichiarante/i sottoscrive 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 dichiarante/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

#### **DICHIARA**

**di essere consapevole che si è conclusa la fase sperimentale della misura e che a decorrere dall'anno 2025 il contributo viene erogato come rimborso delle spese sostenute per gli interventi indicati all'art. 5 dell'Avviso pubblico.**

#### **A tal fine, 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 l'importo riconosciuto sia corrisposto con trasferimento sul Conto Corrente bancario/postale:

**IBAN** \_\_\_\_\_

**Intestato a:**

\_\_\_\_\_

#### **Allega:**

- ISEE sociosanitario 2025;
- FOTOCOPIA IBAN

Sedini, li \_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_