

Data di avvio al ricevimento delle domanda al 01 Aprile 2024
Da presentare entro e non oltre le ore 12:00 del 30 Aprile 2024

OGGETTO: Richiesta per la concessione di un sostegno economico denominato “Indennità Regionale Fibromialgia” (IRF) - art. 12 della Legge Regionale n. 22 del 2022. ANNO 2024

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il ___/___/___ Codice Fiscale _____

residente a _____ in Via _____

telefono _____ mail _____

in qualità di

amministratore di sostegno **familiare** **altro.....**

Beneficiario _____

nato/a _____ il ___/___/___ Codice Fiscale _____

residente a _____ in Via _____

telefono _____ i-mail _____

ai fini della presentazione della domanda per poter beneficiare della concessione di un sostegno economico denominato “indennità regionale fibromialgia” (IRF).

DICHIARA DI

ai sensi dell’art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445

- essere residente in nel Comune di Sedini ;
- essere in possesso della certificazione medica, di data non successiva al 30.04.2024 2022 attestante la diagnosi di fibromialgia; la predetta certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista (reumatologo, ortopedico, fisiatra) 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
- possedere il seguente ISEE ORDINARIO :

N. identificativo ISEE ORDINARIO _____

Data di rilascio _____ data scadenza _____

Valore ISEE ORDINARIO € _____

Dichiara di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 30.06.2003, n.196, con le modifiche di cui al D.lgs. 101/2018 e del regolamento UE2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara inoltre di essere consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità.

Rispetto alle modalità di accreditamento del contributo comunica che:

che la modalità di accreditamento è la seguente:

C/CBancarioIBAN _____
intestato a _____

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa alle situazioni su indicate che dovessero intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Sedini, _____

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

Allegati alla presente obbligatori:

- fotocopia documento di identità del beneficiario
- fotocopia documento di identità del dichiarante, se diverso dal beneficiario
- informativa sulla privacy
- certificazione medica, di data non successiva al 30.04.2024 attestante la diagnosi di fibromialgia; la predetta certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista (reumatologo, ortopedico, fisiatra) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;
- Attestazione ISEE ORDINARIO in corso di validità