



COMUNE DI SANTA MARIA COGHINAS
PROVINCIA DI SASSARI
AREA SERVIZI SOCIALI – CULTURALI

SCADENZA 30 APRILE 2023

OGGETTO: RICHIESTA PROVVIDENZE ECONOMICHE “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)” PER L’ANNO 2023

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ (Prov. _____)

il ____/____/____ e residente a _____ in Via/Vico/Piazza _____ n° _____

telefono _____ email _____, in qualità di richiedente o:

☐ incaricato della tutela/curatela/amministratore di sostegno ☐ genitore ☐ familiare del richiedente:

nome e cognome _____

nato/a _____ (Prov. _____) il _____

residente a Santa Maria Coghinas in Via _____ telefono _____ ;

CHIEDE

Di poter beneficiare delle provvidenze economiche ai sensi dell'art. 7-bis della legge regionale n. 5 del 2019, e dell'art. 12 della legge regionale n. 22 del 2022 (INRF-Indennità regionale fibromialgia).

A tal fine ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Santa Maria Coghinas;
- di essere in possesso di una certificazione medica, di data non successiva al 23 dicembre 2022 attestante la diagnosi di fibromialgia 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;
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia

AUTORIZZA

il Comune di Santa Maria Coghinas all'accesso, utilizzo e trattamento dei dati nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm.ii., e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

ALLEGA

- Documento d'identità, in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente;
- certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia (non successiva al 23 Dicembre 2022);
- Certificazione ISEE socio sanitario anno 2023.

Data: _____

Firma _____