|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***COMUNE DI FLORINAS*** | Risultati immagini per COMUNE DI FLORINAS  Servizio Sociale | ***PROVINCIA DI SASSARI*** |

SITO WEB: *http://www.comune.florinas.ss.it*

SEDE: Via Grazia Deledda 1, 07030 SS Florinas

PEC: *protocollo.florinas.@pec.it* – MAIL:[*servizisociali@comune.florinas.ss.it*](mailto:servizisociali@comune.florinas.ss.it)

TEL.: 0795621125

All’Ufficio Sevizi Sociali del Comune di Florinas

**OGGETTO**: Richiesta “Indennità Regionale Fibromialgia”- IRF.

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_ in via/piazza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indispensabile)

**CHIEDE**

Il sostegno economico IRF ai sensi della L.R. n.5/2019 come modificata dall’Art. 12 della L.R. n. 22/2022,

in proprio favore

in favore di (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, residente a Florinas in via/piazza

**DICHIARA**

1. Di essere residente nel Comune di Florinas;
2. Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;
3. Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
4. Di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Allega alla presente:**

* + Certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia (rilasciato da un medico specialista:

reumatologo, ortopedico, fisiatra);

* + Copia documento di identità personale;
  + Copia conforme all’originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno.
  + Attestazione ISEE in corso di validità;
  + Fotocopia del codice IBAN

Si autorizza, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016, l’utilizzo da parte dell’Amministrazione Comunale dei dati in suo possesso per l’istruttoria della presente istanza.

Florinas , \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Firma del richiedente)*