COMUNE DI MONTELEONE ROCCA DORIA

PROVINCIA DI SASSARI
Via Sant'Antonio n. 1 – Tel. 079/925117 –
PEC protocollo@pec.comune.monteleoneroccadoria.ss.it
Email servizisociali@comune.monteleoneroccadoria.ss.it

All'Ufficio Sevizi Socialidel
Comune di Monteleone
Rocca Doria

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 contributo per il rimborso delle spese sostenute per interventi di carattere sanitario, qualora non coperti da Servizio Sanitario regionale, sociosanitario e di cura alla persona soggette a rendicontazione per chi è affetto da IRF ai sensi della L.R. n. 5/2019 come modificata dall'Art. 1, comma 9 della L.R. 18/2024,

☐ in proprio favore

☐ in favore di (cognome)_____(nome)_____nato/a a _____, Prov._____il____/____/_____, residente a Monteleone Rocca Doria in via/piazza_____, n._____Cod. Fiscale _____

in qualità di: _____

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

1 Di essere residente nel Comune di Monteleone Rocca Doria;
2 Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata in data antecedente al 30.04.2025;
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 (EVENTUALE).
- Attestazione ISEE ORDINARIO 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.

Il sottoscritto a norma del D.L. 201/2011, **richiede che il pagamento venga effettuato tramite:**

Accredito su c.c. bancario/postale (intestato/cointestato al richiedente) codice IBAN:

I dati personali comunicati nelle istanze di ammissione all'agevolazione e quelli riportati nella documentazione allegata, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs. n.196/2003 e degli artt. 12 e 13 del Regolamento UE 2016/679.

Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza.

L'utilizzo dei dati richiesti ha come finalità quella connessa alla gestione della procedura per l'erogazione dell'intervento ai sensi del presente bando e pertanto il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio.

Monteleone Rocca Doria , _____

_____

(Firma del richiedente)