**Al Responsabile del Servizio Sociale**

**del Comune di Nurri**

**OGGETTO**: **RICHIESTA INDENNITA’ REGIONALE FIBROMIALGIA. ANNUALITA’ 2025.**

|  |  |
| --- | --- |
| La/il sottoscritto/a |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nato/a a  |  |  | Il  |  |  |

 Codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Residente a  |   |  | Prov. |   |  | Via  |  n. |

|  |  |
| --- | --- |
| Recapito telefonico |  |
|  e-mail |  |

**CHIEDE**

Di poter beneficiare dell’indennità in favore di persone affette da fibromialgia, per l’anno 2025, ai sensi dell'art. 7-bis della legge regionale n. 5 del 2019, introdotto dall'art. 12 della legge regionale n. 22 del 2022 come aggiornata dalla deliberazione della Giunta Regionale 9/22 DEL 12.02.2025.

Consapevole che il riconoscimento e la liquidazione del contributo avverrà secondo i tempi e i modi previsti dalla Regione Autonoma della Sardegna.

Consapevole, che ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. n.445/2000, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato decreto, è punito ai sensi del C.P. e delle Leggi Speciali in materia:

**DICHIARA**

* di avere una diagnosi di fibromialgia documentata da certificazione medica;
* di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità;

**Di essere consapevole** di dover comunicare tempestivamente al Comune ogni evento che determini qualsiasi variazione dei requisiti di accesso alla presente domanda;

**Di aver preso visione** dell’avviso pubblico allegato alla presente e redatto secondo le nuove linee guida regionali, in cui è previsto che il contributo massimo di € 800,00, viene riconosciuto a titolo di rimborso in base alle spese ammissibili, e rapportato alla situazione economica misurata in ragione delle soglie ISEE.

**Si chiede che il pagamento dell’assegno** venga effettuato sul tramite accredito sul conto corrente bancario o postale avente le seguenti coordinate:

|  |  |
| --- | --- |
| **IBAN** | **Istituto Bancario/Poste:** |
| Paese | CIN E. | CIN  | ABI | CAB | Numero c/c |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 intestato a nome del/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allega:**

1. **copia del documento** di identità;
2. **certificazione medica, rilasciata in data non successiva al 30.04.2025**, attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata da un medico specialista, abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista.
3. attestazione **ISEE ordinario 2025**, di cui si terrà conto ai fini dell’erogazione del contributo nel caso in cui le risorse disponibili per l’anno 2025 dovessero risultare insufficienti in relazione agli aventi diritto.

Nurri, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_