



Comune di Dualchi
Prov. Nuoro

AL SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE DI DUALCHI

OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) – ANNO 2025 – SCADENZA 31 OTTOBRE 2025.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
Tel./Cell. _____ C.F. _____
Mail _____

In qualità di:

- Beneficiario/a
- Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore;
- Familiare di riferimento;
- Esercente la potestà genitoriale;

dal/della Sig./Sig.ra _____,
nat__ a _____ il _____ residente a _____
in Via _____, n _____ Tel./Cell. _____
C.F. _____,

CHIEDE

Che gli/le venga concesso il "SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) – ANNO 2025".

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000,

- di essere residente nel comune di Dualchi;
- di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata entro il 30/04/2025, 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;
- di aver preso visione dell'avviso pubblico redatto secondo le nuove linee guida regionali, in particolare nella parte in cui stabilisce che il contributo di massimo € 800,00, viene rapportato alla situazione economica misurata in ragione delle soglie ISEE;

A tal fine allega alla domanda la seguente documentazione (documentazione OBBLIGATORIA da presentare insieme all'istanza):

- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità e dell'eventuale delegato alla riscossione del beneficio;
- Copia dell'attestazione **ISEE ORDINARIO 2025**;
- Certificazione Medica, **DI DATA NON SUCCESSIVA AL 30 APRILE 2025** 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.

Il/La Sottoscritto/a chiede che la liquidazione del contributo in oggetto avvenga in una delle seguenti modalità:

- Quietanza Diretta;
- Accredito su Conto Corrente Bancario e/o Postale:

- IBAN _____

Dualchi, _____

Firma

Il/La sottoscritto/a: _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

FIRMA DICHIARANTE
