AL COMUNE DI CARGEGHE

OGGETTO: RICHIESTA CONTRIBUTO ECONOMICO DENOMINATO 'INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)'

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME		NOME			
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA			
CODICE FISCALE					
INDIRIZZO					
COMUNE		CAP		PROV	
TELEFONO		CELLULARE			
EMAIL					

CHIEDE L'EROGAZIONE DEL SEGUENTE CONTRIBUTO: **INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)** ai sensi dell'art. 7-bis L.R. n. 5/2019, finalizzato a facilitare, sotto l'aspetto economico, il miglioramento della qualità della vita dei cittadini residenti in Sardegna affetti da fibromialgia.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell'articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere relative alle dichiarazioni contenute nella presente richiesta e della conseguente decadenza dai benefici (artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.)

DICHIARA:

- di essere residente nel Comune di Cargeghe;
- di essere affetto da fibromialgia e non essere beneficiario di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi della patologia;
- che l'ISEE in corso di validità del nucleo familiare è di € _____ ed è stato rilasciato in data _____ dall'Ente _____;
- di aver preso visione delle informative inerenti il trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse ai procedimenti e di averle comprese in tutte le loro parti.

Si autorizza, inoltre:

□ l'invio agli indirizzi sopra indicati di ogni comunicazione relativa al procedimento di assegnazione del contributo e di impegnarsi alla immediata comunicazione dei cambi di indirizzo;

□ l'accredito del contributo sul proprio conto corrente bancario o postale o sulla propria carta prepagata con il seguente Codice IBAN:

_____

Si allega alla presente:

□ fotocopia dell'attestazione dell'ISEE **in corso di validità** rilasciata ai sensi della normativa prevista dal DPCM del 5 dicembre 2013, n.159;

□ fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente **in corso di validità**;

□ copia della certificazione medica, **di data non successiva al 30.04.2025**

Firma del richiedente

_____