***All’Ufficio Socio Culturale***

***del COMUNE DI VALLEDORIA***

**OGGETTO: Richiesta concessione del contributo economico “Indennità Regionale Fibromialgia (IRF)”. ANNUALITÀ 2025.**

Per coloro il cui beneficio è stato concesso nel 2024

ISTANZA DI RINNOVO

Il/La sottoscritto/a

**Cognome Nome Nato/a a il Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via n.**

**Codice Fiscale:**

**E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CHIEDE**

di poter beneficiare del contributo economicodenominato “Indennità Regionale Fibromialgia" (IRF) per l’anno 2025

In qualità di:

□ BENEFICIARIO nell’anno 2024 dell’Indennità Regionale Fibromialgia

□ RAPPRESENTANTE LEGALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, residente a VALLEDORIA in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ beneficiario nell’anno 2024 dell’ Indennità Regionale Fibromialgia

A tal fine consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e altresì della decadenza dei benefici prodotti dal provvedimento emanato sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi del DPR 403/98.

**DICHIARA**

* Di essere residente nel Comune di VALLEDORIA;
* Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;
* Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità;
* Di aver preso atto dell’informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 contenuta nell’Avviso pubblico.

**Allega alla presente:**

* Copia documento di identità;
* Attestazione ISEE ordinario o sociosanitario in corso di validità;
* Fotocopia del codice IBAN;
* Copia conforme all’originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno (nell’ipotesi di rappresentanza legale).

**Richiede che il pagamento del contributo venga effettuato tramite:**

Accreditamento sul c/c bancario/postale presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE IBAN: **(NB: il Conto corrente deve essere intestato alla/al richiedente) allegare la copia.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data e Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_