

Modulo di domanda per la concessione del sostegno economico “Indennità Regionale Fibromialgia” Annualità 2025
L.R. n. 5 del 2019 art 7 bis e s.m.i.

*All’Ufficio Servizi Demografici del
Comune di Villaurbana*

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____
(____) il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____ Residente a _____ (Prov.) _____

in via/p.zza _____ n _____ Telefono _____

mail/pec: _____

CHIEDE

di poter usufruire delle provvidenze di cui alla **L.R. n. 5 del 2019 “Disposizioni per il riconoscimento, la diagnosi e la cura della fibromialgia” art 7 bis** – e s.m.i.

- Per se stesso/a;
- Per il/la minore _____ nato/a a _____ il _____ e residente a Villaurbana in _____;
- Per il Sig. /Sig.ra _____ In qualità di Amministratore di Sostegno/Tutore di _____ nato/a a _____ il _____ e residente a Villaurbana in _____

DICHIARA

Ai sensi dell’art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445

- a) di essere nato a _____ il _____
- b) di essere residente nel Comune di _____;
- c) di essere in possesso di certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata entro la data del 30 aprile 2025 dal medico **specialista** in _____ abilitato all’esercizio della professione e iscritto all’albo ;
- d) che il proprio ISEE Sociosanitario* 2025 è pari a € _____ come da allegato alla presente;
- e) di essere consapevole che in caso di mancata presentazione della certificazione dell’ISEE sarà applicata la massima decurtazione del contributo;
- f) di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

DICHIARA ALTRESI'

- 1) di essere informato **sull'obbligo di comunicare al Comune l'eventuale sopravvenuta perdita dei requisiti per l'accesso alla presente misura** ;
- 2) di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente alla presente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione;
- 3) di essere consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità.
- 4) di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 D. lgs 30.06.2003, n.196, del regolamento UE 2016/679 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- 5) di essere a conoscenza che i dati relativi alla concessione del sussidio potranno essere utilizzati dalla Regione Autonoma della Sardegna ai fini della costituzione del registro di cui alla L.R. n. 5/2019;
- 6) di aver preso visione dell'Informativa Privacy del Comune di Villaurbana allegata al presente modulo/ domanda relativo al sostegno economico denominato "Indennità Regionale Fibromialgia (IRF), e di averla compresa in tutte le sue parti.

Villaurbana, _____

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

Allegati alla presente:

- fotocopia documento di identità
- Certificazione medica in originale attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata dal medico specialista entro la data del 30 aprile 2025
- informativa sulla privacy
- allegato modalità di pagamento del contributo
- ISEE Sociosanitario 2025

* (potranno essere considerate anche le attestazioni dell'Isee ordinario o dell'Isee corrente)

SOTTOSCRIZIONE

Comune di _____ Ufficio _____

Attesto che la suddetta firma è stata apposta dal dichiarante alla presenza del dipendente comunale Istruttore Amministrativo
_____ addetto a ricevere la documentazione .

_____, li _____