

(Modulo Allegato B)

ALL'UFFICIO SERVIZIO SOCIALE

COMUNE DI PERFUGAS

**OGGETTO: Richiesta per la concessione di un sostegno economico denominato "Indennità Regionale Fibromialgia" (IRF) – Annualità 2025**

*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il sostegno economico denominato Indennità Regionale Fibromialgia (IRF)

in proprio favore

in favore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_, residente a Perfugas in via/piazza \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

in qualità di:

Amministratore di sostegno;       familiare;       Altro.....

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

**DICHIARA**

Di essere residente nel Comune di Perfugas;

Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata in data antecedente al 30.04.2025;

Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

Di possedere il seguente ISEE sociosanitario in corso di validità:

