All’Ufficio Servizi Sociali del Comune di Chiaramonti

## Oggetto: Richiesta concessione Indennità Regionale Fibromialgia – RIAPERTURA TERMINI ANNO 2025.

Il Sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_N.\_\_\_

Numero di telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* in qualità di richiedente
* incaricato della tutela/curatela/amministratore di sostegno
* genitore
* familiare del richiedente:

nome e cognome

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.) \_il\_\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via N.

Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDE

## La concessione dell’indennità regionale “Fibromialgia ANNO 2025” ai sensi della Legge Regionale n. 18 del 2024, art.1, comma 9.

**A tal fine Dichiara:**

* di essere residente nel comune di Chiaramonti;
* di non beneficiare, per la stessa patologia, di altre provvidenze assistenziali;
* che il valore Isee Socio Sanitario, è pari a Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto chiede che il pagamento del contributo sia accredito sul c.c. bancario o postale intestato al sottoscritto o cointestato:

Codice IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* delega a favore di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_\_\_\_) in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

* Codice IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiaramonti, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante

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

**A tale scopo allega i seguenti documenti:**

* copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
* la certificazione medica, rilasciata in data non successiva al 30/04/2025 attestante la diagnosi di fibromialgia; la già menzionata certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista (non da un medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista, ove questa non è già stata consegnata negli anni precedenti a codesta amministrazione per la concessione del beneficio in oggetto;

# DICHIARA

Che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi DRP 445/2000.

Che la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Chiaramonti, lì Firma

**Informativa effettuata ai sensi dell’art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)**

Il Comune di Chiaramonti con sede in Chiaramonti, Via Fratelli Cervi n.1 email: protocollo@comune.chiaramonti.ss.it pec: protocollo@pec.comune.chiaramonti.ss.it tel: 079569092 nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell’esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all’esercizio dei pubblici poteri propri dell’Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell’Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd “minimizzazione dei dati” , i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

**Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l’Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l’erogazione dei servizi richiesti.**

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all’Albo Pretorio On line (ai sensi dell’art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell’Ente denominata “Amministrazione Trasparente” (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ai sensi dell’art. 43, comma 2, TUEL da parte degli amministratori dell’Ente, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico “generalizzato”, ai sensi dall’art. 5, comma 2, e dall’art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall’Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell’attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell’Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell’Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: dpo@sipal.sardegna.it – pec: sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all’art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell’allegata modulistica.

L’interessato al trattamento dei dati

(Firma per esteso)………………………………………………………