Al Comune di Zerfaliu
Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE SOSTEGNO ECONOMICO
DENOMINATO "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) - ANNO 2025-
RIAPERTURA TERMINI**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____ il
_____ residente a _____ (OR) Via/Piazza _____
n° _____ Codice Fiscale _____ tel. _____
cell _____ e-mail _____

in qualità di:

- destinatario del contributo
- Incaricato della tutela/curatela o Amministratore di sostegno della persona
- altro (specificare) _____

CHIEDE

la concessione del sostegno economico denominato "Indennità regionale fibromialgia" (IRF) per l'annualità 2025 ai sensi della D.G.R. nn. 9/22 del 12/02/2025 e a seguito della riapertura dei termini da parte della Regione

- in suo favore;
- in favore di _____ nato/a a _____ Prov. _____ il
_____ residente a Zerfaliu (OR) Via/Piazza _____ n° _____
Codice Fiscale _____ tel. _____ cell _____ e-
mail _____

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 (artt. 46 e 47) sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione (art. 75 "decadenza benefici" e 76 "norme penali" D.P.R. 445/2000):

DICHIARA

Di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:

- residente presso il Comune di Zerfaliu;
- in possesso della certificazione medica, rilasciata in data non successiva al 30 aprile 2025 attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata da un medico specialista (non medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista (da barrare in caso di nuova domanda);
- non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

A tal fine chiede che il pagamento venga effettuato sul conto corrente intestato al beneficiario.

Si allega alla presente:

- Certificazione medica, di data non successiva al 30 aprile 2025 attestante la diagnosi di fibromialgia **(da presentare solo in caso di nuova domanda)**;
- attestazione ISEE ordinario o sociosanitario 2025 in corso di validità;
- copia del documento d'identità e della tessera sanitaria;
- copia dell'IBAN rilasciato dalla Banca/Poste Italiane.
- eventuale copia del Decreto di nomina di legale rappresentante o amministratore di sostegno del beneficiario.

Zerfaliu li _____

Firma