

**Al Comune di Tempio Pausania
Provincia Nord Est Sardegna
Ufficio Servizi Sociali**

OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA ANNO 2026

Il/la sottoscritta Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato/a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

in qualità di:

- ☐ richiedente l'indennità
☐ rappresentante legale del richiedente:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato/a _____ il _____

Residente nel Comune di Tempio Pausania in Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

DICHIARA

- di essere residente nel comune di Tempio Pausania;
- di essere in possesso della certificazione medica, di data non successiva al 30 aprile 2025, attestante la diagnosi di fibromialgia; la predetta 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;

- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- che ai fini dell'eventuale inserimento nelle fasce di reddito per la conseguente determinazione del contributo, l'attestazione ISEE in corso di validità, redatta ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05/12/2013 per l'anno 2026 è pari a € _____;
- di aver preso visione del Bando e di accettare integralmente le norme in esso contenute;
- di acconsentire, ai sensi dell'art.13 del regolamento UE n.679 del 27.04.2016 sulla protezione dei dati personali, al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per le finalità del presente bando, come da atto di informazione, ai sensi del regolamento di cui sopra, che è parte integrante del modulo di domanda; di aver preso visione del bando e accettare integralmente le norme in esso contenute;

CHIEDE

- la concessione dell'indennità regionale "Fibromialgia anno 2026" ai sensi dell'art.7-bis della legge regionale n°22/2022;

- che il pagamento delle somme spettanti sia effettuato nella seguente modalità:

☐ Accredito su C/C bancario o postale intestato: ☐ al beneficiario ☐ al rappresentante legale

Codice IBAN

☐ Carta prepagata intestata: ☐ al beneficiario ☐ al rappresentante legale

Codice IBAN

☐ Rimessa diretta con quietanza: ☐ al beneficiario ☐ al rappresentante legale

Allega i seguenti documenti

-  copia documento di identità in corso di validità,
-  certificazione ISEE
-  certificazione medica

Informativa Privacy

Si avvisa che l'informativa è pubblicata nel sito istituzionale e se ne può prendere visione tramite il link: http://www.comune.tempiopausania.ot.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1611:privacy&catid=349&Itemid=133 e disponibile in forma cartacea presso l'ufficio Servizi Sociali.

Chiunque ne volesse acquisire una copia cartacea può richiederla all'ufficio Servizi Sociali.

IL DICHIARANTE

Tempio Pausania _____

(Firma leggibile e per esteso)