



Comune di Simaxis

Provincia di Oristano C.A.P. 09088 – Via S. Simaco s.n.c.
E-mail: protocollo@comune.simaxis.or.it Pec: protocollo@pec.comune.simaxis.or.it
AREA SERVIZI SOCIO-CULTURALI

ALLEGATO B)

Al Comune di Simaxis

Area Socio-Culturale

via San Simaco

09088 SIMAXIS - OR

PEC: protocollo@pec.comune.simaxis.or.it

OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) PER L’ANNO 2026. SCADENZA PRESENTAZIONE ISTANZE: 30 APRILE 2026.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. (____)
il _____ e residente a _____ in
Via/Vico/Piazza _____ n° _____, C.F. _____,
Tel./Cell. _____, E-mail: _____,

In qualità di:

- ☐ Beneficiario/a ☐ Titolare della responsabilità genitoriale ☐ Incaricato della tutela
☐ Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore (*allegare copia del Decreto di Nomina in corso di validità*)
☐ Altro familiare (indicare il grado di parentela) _____

CHIEDE

☐ che gli/le venga concesso il **“SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) – ANNO 2026”**

☐ che venga concesso il **“SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) – ANNO 2026”** a favore del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

Prov. (____) il _____ e residente a Simaxis in
Via/Vico/Piazza _____ n° _____,
C.F. _____ Tel./Cell. _____,

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, l’Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall’art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000,

- Che il/la richiedente è in possesso di un **ISEE SOCIO – SANITARIO 2026** di importo pari ad € _____;
- Che il/la dichiarante è in possesso di una certificazione medica **DI DATA NON SUCCESSIVA AL 30 APRILE 2026**, attestante la diagnosi di fibromialgia, redatta da un medico specialista (reumatologo,

ortopedico, fisiatra) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'Albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista.

DICHIARA INOLTRE

- Che i dati forniti sono completi e veritieri;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo;
- Di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, qualora da un controllo delle dichiarazioni rese emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, fermo restando le ulteriori conseguenze previste dalla normativa vigente e la restituzione delle somme percepite indebitamente;
- Di essere informato/a, che i dati comunicati dai richiedenti saranno trattati ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 e in applicazione dell'art 48 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.
- I dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento del presente Avviso Pubblico: **“RICHIESTA CONCESSIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) – ANNO 2026”**;

A tal fine allega alla domanda la seguente documentazione (documentazione **OBBLIGATORIA** da presentare insieme all'istanza):

- ☐ Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità e dell'eventuale delegato alla riscossione del beneficio.
- ☐ Copia dell'attestazione **ISEE SOCIO – SANITARIO 2026**.
- ☐ Certificazione Medica, **DI DATA NON SUCCESSIVA AL 30 APRILE 2026** attestante la diagnosi di fibromialgia; la predetta certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista, reumatologo, ortopedico, fisiatra, abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista.

Il/La Sottoscritto/a chiede che il pagamento del contributo in oggetto avvenga in una delle seguenti modalità:

- ☐ Quietanza Diretta;
- ☐ Accredito su Conto Corrente Bancario e/o Postale (di cui si fornisce copia dell'IBAN) – NB: NO LIBRETTO POSTALE.

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, strumentali o connesse al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

I sottoscritti _____ esprimono il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Simaxis, _____

Firma:
