

RICHIESTA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)". ANNUALITÀ 2026.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 E 47 D.P.R.28 DICEMBRE 2000 N. 445)

- ☐ **DOMANDA DI RINNOVO**
☐ **NUOVA ISTANZA**

Il/la Sottoscritto/a _____
c.f. _____
nato a _____ (____) il ____/____/____,
residente a _____ (____) in _____ n° _____
cell _____ e-mail _____

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

In qualità di (barrare la casella corrispondente):

- ☐ Beneficiario;
☐ Rappresentante Legale _____

Di (cognome) _____ (nome) _____ nato/a a _____,

Prov. _____ il ____/____/____, residente a Santa Maria Coghinas in via/piazza _____

C.F. _____

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO DENOMINATO "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)" PER L'ANNUALITÀ 2026.

DICHIARA inoltre

- ☐ Di essere residente nel Comune di SANTA MARIA COGHINAS;
☐ Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di Fibromialgia;
☐ Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità;
☐ Di aver preso atto dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, contenuta nell'Avviso pubblico.

Rispetto alle modalità di accreditamento del contributo comunica che:

- ☐ non è intervenuta nessuna variazione rispetto all'anno precedente;
- ☐ che la modalità di accreditamento è la seguente:

IBAN_____

intestato a_____

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa alle condizioni sopra indicate che dovessero intervenire successivamente alla compilazione della presente domanda e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

SI ALLEGA ALLA PRESENTE:

- ☐ Certificazione medica attestante la diagnosi di Fibromialgia - rilasciata da un medico specialista (non medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione, iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;
- ☐ Copia documento di identità;
- ☐ Attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità;
- ☐ Fotocopia del codice IBAN;
- ☐ Copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno (nell'ipotesi di rappresentanza legale).

Santa Maria Coghinas ____/____/____

Firma
