

OGGETTO: Richiesta contributo Indennità Regionale Fibromialgia (IRF) - L.R. n. 5 del 2019 modificata dall'art.1 c. 9 L.R. 18/2024 - Annualità 2026

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ (Prov. _____) il _____
residente a **ISILI (CA)** in Via _____ n° _____
telefono _____, email _____,
pec _____.

CHIEDE

L'ammissione al contributo economico Indennità Regionale Fibromialgia - L.R. n. 5 del 2019 modificata dall'art.1 c. 9 L.R. 18/2024.

A TAL FINE

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000 in merito alla decadenza.

DICHIARA

- Di essere residente in un comune della Sardegna;
- Di essere in possesso della 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 (non medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione, iscritto all'albo, sia esso un dipendente pubblico, convenzionato o libero professionista;
- Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa per la diagnosi di fibromialgia;
- di autorizzare il Comune di Isili a inviare le comunicazioni relative al contributo per mezzo di posta elettronica all'indirizzo e-mail o PEC indicati.

Allega alla presente:

- Certificazione medica di data non successiva al 30 Aprile 2026 attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata da un medico specialista (non medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione, iscritto all'albo, sia esso un dipendente pubblico, convenzionato o libero professionista;
- Certificazione ISEE anno 2026;
- Informativa Privacy firmata (art. 9 del Bando Pubblico);
- Documento di riconoscimento in corso di validità.

CHIEDE

Che la riscossione del contributo in oggetto avvenga tramite:

- RISCOSSIONE DIRETTA PRESSO GLI SPORTELLI DEL BANCO DI SARDEGNA**
- ACCREDITO IN C/C** codice IBAN _____
intestato/cointestato al beneficiario;
nome e cognome _____

ISILI, _____

Firma del dichiarante
