

**Data di avvio al ricevimento delle domanda al 01 Aprile 2023**  
**Da presentare entro e non oltre le ore 12:00 del 30 Aprile 2023**

**OGGETTO: Richiesta per la concessione di un sostegno economico denominato “Indennità Regionale Fibromialgia” (IRF) - art. 12 della Legge Regionale n. 22 del 2022.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**in qualità di**

**amministratore di sostegno**       **familiare**       **altro.....**

Beneficiario \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ i-mail \_\_\_\_\_

**ai fini della presentazione della domanda per poter beneficiare della concessione di un sostegno economico denominato “indennità regionale fibromialgia” (IRF).**

**DICHIARA DI**

**ai sensi dell’art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445**

- essere residente in nel Comune di Sedini ;
- essere in possesso della certificazione medica, di data non successiva al 12 dicembre 2022 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;
- non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia
- possedere il seguente ISEE ORDINARIO :

N. identificativo ISEE ORDINARIO \_\_\_\_\_

Data di rilascio \_\_\_\_\_ data scadenza \_\_\_\_\_

Valore ISEE ORDINARIO € \_\_\_\_\_

**Dichiara** di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 30.06.2003, n.196, con le modifiche di cui al D.lgs. 101/2018 e del regolamento UE2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Dichiara** inoltre di essere consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità.

Rispetto alle modalità di accreditamento del contributo comunica che:

che la modalità di accreditamento è la seguente:

C/CBancarioIBAN \_\_\_\_\_  
intestato a \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa alle situazioni su indicate che dovessero intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Sedini, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

Allegati alla presente obbligatori:

- fotocopia documento di identità del beneficiario
- fotocopia documento di identità del dichiarante, se diverso dal beneficiario
- informativa sulla privacy
- certificazione medica, di data non successiva al 12 dicembre 2022 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;
- Attestazione ISEE ORDINARIO in corso di validità