

(Modulo Allegato B)

ALL'UFFICIO SERVIZIO SOCIALE

COMUNE DI PERFUGAS

OGGETTO: Richiesta per la concessione di un sostegno economico denominato "Indennità Regionale Fibromialgia" (IRF) – Annualità 2026

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il ___/___/___ Codice Fiscale _____

residente a _____ in Via _____

telefono _____ mail _____

CHIEDE

Il sostegno economico denominato Indennità Regionale Fibromialgia (IRF)

in proprio favore

in favore di _____ nato/a a _____ (____)

il ___/___/___ Cod. Fiscale _____, residente a Perfugas in via/piazza _____ tel _____

in qualità di:

Amministratore di sostegno; familiare; Altro.....

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di Perfugas;
- Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata in data antecedente al 30.04.2026;
- Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- Di possedere il seguente ISEE sociosanitario in corso di validità:

