

OGGETTO: Richiesta sostegno economico "Indennità regionale fibromialgia" (IRF) per l'anno 2025.

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (____) e residente nel Comune di Villa
Sant'Antonio in Via _____ n. _____
tel. _____ e-mail _____
C.F. _____

CHIEDE

Di poter beneficiare del sostegno economico denominato "Indennità regionale fibromialgia" IRF ai sensi dell'art. 7-bis della L.R. n. 5/2019 e ss.mm.ii.

- ☐ Per sé medesimo
- ☐ Incaricato della tutela
- ☐ Titolare della potestà genitoriale
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Familiare di riferimento (indicare il rapporto di parente) _____

del Sig./ra _____ nato/a il _____
a _____ (____) e residente nel Comune di Villa
Sant'Antonio in Via _____ n. _____
tel. _____ e-mail _____

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, d'informazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

- ☐ Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia.

Allega alla presente:

- Documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- Certificazione medica attestante la sindrome fibromialgica non successiva al 30.04.2025;
- Copia dell'attestazione ISEE ordinario in corso di validità (di cui si terrà conto ai fini dell'erogazione del contributo qualora le risorse disponibili 2025 dovessero risultare insufficienti per la copertura dell'intero fabbisogno comunale);
- Copia delle spese sostenute nell'anno 2025.

In caso di ammissione al beneficio, **CHIEDE** che il contributo venga erogato:

- ☐ In contanti tramite quietanza agli uffici Bancari.
- ☐ Tramite accredito sul proprio c/c bancario o postale o sulla carta prepagata intestata a _____

Avente il seguente IBAN:

[illegible]

Letto, firmato e sottoscritto

Villa Sant'Antonio

Firma _____