

Spett.le **COMUNE DI DOLIANOVA**
Alla c.a. Servizio Sociale e alla Persona

OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE SOSTEGNO ECONOMICO DI € 800,00 UNA TANTUM, DENOMINATO “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” – ANNO 2024

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
C.F. _____ telefono _____ email _____
PEC: _____;

CHIEDE

Che gli/le venga concesso il “SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” per l’anno 2024”, pertanto,

DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è così composto:

nr	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	. Grado di parentela con il dichiarante

- Che il dichiarante è in possesso di un ISEE ordinario in corso di validità di un importo pari ad € _____;
- Che il dichiarante è in possesso di una certificazione medica, di data non successiva al **30 aprile 2024**

DICHIARA ALTRESI'

- Di aver preso visione dell’Avviso pubblico e delle “Linee di indirizzo 2024 - Modalità tecniche e amministrative per la concessione di un sostegno economico denominato “indennità regionale fibromialgia” (IRF)”, adottate dalla Regione Sardegna e pubblicate nei relativi siti istituzionali: della Regione Sardegna, Assessorato Regionale dell’Igiene e Sanità e dell’Assistenza Sociale e del Comune di Dolianova;
- Che i dati forniti sono completi e veritieri;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo;
- Di essere a conoscenza che, ai sensi dell’art.75 D.P.R. 445/2000, qualora da un controllo delle dichiarazioni rese emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, fermo restando le ulteriori conseguenze previste dalla normativa vigente e la restituzione delle somme percepite indebitamente;

- Di essere informato, che i dati comunicati dai richiedenti saranno trattati ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 e in applicazione dell'art 48 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.
- I dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento del presente avviso pubblico: "RICHIESTA CONCESSIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) – ANNO 2024";
- Di essere a conoscenza che tutte le comunicazioni inerenti il procedimento, verranno effettuate esclusivamente mediante comunicazione sul sito istituzionale del Comune di Dolianova, tramite pubblicazione di allegati e avvisi, compresa la graduatoria dei beneficiari, ed avranno valore di notifica a tutti gli effetti sostituendo ogni comunicazione individuale;
- Che qualora la propria istanza abbia buon esito, a norma del D.L. 201/2011, richiede che il pagamento venga effettuato tramite accredito su c.c. bancario/postale, intestato a medesimo o cointestato, codice IBAN: _____ intestato a: _____

A tal fine allega all'istanza la seguente documentazione (documentazione OBBLIGATORIA da allegare all'istanza):

- ◆ Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità e dell'eventuale delegato alla riscossione del beneficio
- ◆ Copia del Codice Fiscale
- ◆ Copia dell'attestazione ISEE ordinario in corso di validità (rilasciato nell'anno 2023)
- ◆ Certificazione medica, di data non successiva al 30 aprile attestante la diagnosi di fibromialgia; si precisa che 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.

Luogo e data, _____

IL DICHIARANTE
