COMUNE DI URAS

SETTORE SOCIO CULTURALE

Via Eleonora 86

E mail: protocollo@comune.uras.or.it

protocollo@pec.comune.uras.or.it

**RICHIESTA INDENNITA’ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF) – L.R. N. 5 DEL 18 GENNAIO 2019 E s.m.i., art. 7 bis, commi 1 e 2. DGR n. 9/22 del 12 febbraio 2025 - ANNO 2025.**

**Generalità richiedente**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome  |  |  | Nome  |  |
| Luogo di nascita  |  |  | Data nascita  |
| Codice fiscale  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Via/piazza |  n. civico | Tel.  |  |
| Comune  |  |  | CAP  |  | Prov.  |

**Generalità del tutore**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome  |  |  | Nome  |  |
| Luogo di nascita  |  |  | Data nascita  |
| Codice fiscale  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Via/piazza |  n. civico | Tel.  |  |
| Comune  |  |  | CAP  |  | Prov.  |
| Giusta nomina | Del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciata dal Tribunale ordinario di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |  |  |

**LA MANCATA SPECIFICAZIONE DI QUANTO PRIMA CHIESTO COMPORTA L’AUTOMATICA ESCLUSIONE DAL BENEFICIO.**

**CHIEDE**

Di essere ammesso a beneficiare del sostegno economico denominato “Indennità regionale fibromialgia”

**DICHIARA**

(dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/ n. 445 consapevole delle responsabilità penali di cui agli artt. 75 e76)

di possedere i seguenti requisiti (***barrare le caselle interessate***)

 di essere residente nel comune di Uras;

 di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata in

 data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 l’assenza di analoga altra forma di contributo concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

 di avere conoscenza che, nel caso di corresponsione di benefici, si applica l’art. 4, comma 2, del Decreto Legislativo 31 marzo 1998 n. 109 in materia di controllo di veridicità delle informazioni fornite;

 di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci;

 di comunicare tempestivamente eventuali cambi di indirizzo e codice IBAN; il Comune declina ogni responsabilità per eventuali conseguenze derivanti dal mancato recapito delle comunicazioni inviate all’indirizzo indicato dal richiedente nella domanda o IBAN invalido;

 che il valore dell’ ISEE sociosanitario 2025 è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

 che il beneficio dovrà essere versato secondo le modalità che seguono (barrare la casella che interessa):

🞏 Accredito sul **proprio** conto corrente bancario/postale (per proprio si intende intestato al beneficiario o cointestato):

Banca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Filiale/Agenzia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice IBAN |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

□ di aver preso visione dell’ informativa ai sensi dell’art.13 del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento generale sulla Protezione dei Dati);

***ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE (OBBLIGATORIA)***

* copia documento identità;
* certificazione sanitaria;

 **Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**