

OGGETTO: Richiesta contributo Indennità Regionale Fibromialgia (IRF) - L.R. n. 5 del 2019 modificata dalla L.R. n.22 del 2022 art.12. - Annualità 2023 – 2024

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ (Prov. _____) il _____
residente a **ISILI** in Via _____ n° _____
telefono _____, email _____,
pec _____.

CHIEDE

L'ammissione al contributo economico Indennità Regionale Fibromialgia - L.R. n. 5 del 2019 modificata dalla L.R. n.22 del 2022 art.12.

A TAL FINE

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000 in merito alla decadenza.

DICHIARA

- Di essere residente in un comune della Sardegna;
- Di essere in possesso della certificazione medica, di data non successiva al 12 dicembre 2022 (data di entrata in vigore della L.R. n. 22/2022), attestante la diagnosi di fibromialgia; la predetta certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista (non da un medico di medicina generale), abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;
- Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia.

Allega alla presente:

- Certificazione medica di data non successiva al 12 Dicembre 2022 attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata da un medico specialista abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista.
- Certificazione ISEE ORDINARIO anno 2023;

DICHIARA INOLTRE

Di aver preso visione:

- Dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e seguenti del regolamento UE N. 2016/679 (G.D.P.R.) riportata all'art. 8 del Bando Pubblico;
- di autorizzare il Comune di Isili a inviare le comunicazioni relative al contributo per mezzo di posta elettronica all'indirizzo mail o PEC sopra indicato.

CHIEDE

Che la riscossione del contributo in oggetto avvenga tramite:

- RISCOSSIONE DIRETTA** PRESSO GLI SPORTELLI DEL BANCO DI SARDEGNA
- ACCREDITO IN C/C** codice IBAN

intestato/cointestato al beneficiario;

nome e cognome _____

ISILI, _____

Firma del dichiarante
