SCADENZA 30.04.2025

Al Comune di Soleminis
Ufficio Servizi Sociali

"INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA(IRF)" AI SENSI DELLA L.R 5/2019 MODIFICATA DELL'ART. 12 DELLA LEGGE N° 22/2022- ANNUALITA' 2025

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a_____ (Prov. _____) il _____

residente a _____ in Via_____ n° _____

telefono _____, email _____,

In qualità di:

☐ Richiedente;

☐ Rappresentante Legale

del/della Sig./ra_____ nato/a il_____ a (Prov. _____) e residente nel Comune di _____ in Via/ _____n. _____

tel. _____ C.F. _____

CHIEDE

☐ La concessione dell'indennità regionale fibromialgia (IRF)

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità:

☐ di essere residente a Soleminis;

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

☐ di aver ricevuto completa informativa in relazione al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e GDPR UE 2016/679, e di averne preso visione.

☐ di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa in materia di tutela della privacy.

☐ l'IBAN (intestato o cointestato al destinatario) sul quale dovrà essere liquidato il rimborso:

Documentazione da allegare:

☐ certificazione medica attestante la sindrome fibromialgia di data non successiva al 30.04.2025*****;

☐ la Certificazione ISEE di tipo SOCIOSANITARIO in corso di validità.

SOLEMINIS, _____

Firma

_____

***la 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;**