

OGGETTO: Legge Regionale N. 5 del 2019 Art. 7-Bis – **Richiesta Indennità Regionale Fibromialgia (Irf).**

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME		NOME			
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA			
CODICE FISCALE					
INDIRIZZO RESIDENZA					
COMUNE		CAP		PROV	
TELEFONO		CELLULARE			
EMAIL					

Consapevole che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;

Consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

In qualità di (*barrare la casella di interesse*):

- Beneficiario maggiorenne
oppure
- Rappresentante legale (genitore di benef. minore, amministratore di sostegno, tutore) _____
del beneficiario:

COGNOME		NOME			
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA			
CODICE FISCALE					
INDIRIZZO					
COMUNE DI RESIDENZA		CAP		PROV	

CHIEDE

l'erogazione del contributo una tantum denominato Indennità Regionale Fibromialgia (Irf) di cui all'art. 7/bis della L.R. n. 5/2019

A tal fine dichiara:

- di essere residente nel Comune di Codrongianos
- essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata in data _____ da un medico specialista (non da un medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo;

