

OGGETTO: L.R. n. 5 del 2019 Art. 7-Bis e L.R. 21 novembre 2024, n. 18, con l'art. 1, comma 9 – **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

La concessione dell'indennità regionale "Fibromialgia **ANNO 2025**" ai sensi della L.R. n. 5 del 2019 Art. 7-Bis come modificata dalla L.R. 21 novembre 2024, n. 18, con l'art. 1, comma 9

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;
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

- che l'ISEE **in corso di validità** del nucleo familiare del beneficiario è di € _____;
- di aver preso visione delle informative inerenti il trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse ai procedimenti e di averle comprese in tutte le loro parti.

Autorizza, inoltre:

- l'invio agli indirizzi sopra indicati di ogni comunicazione relativa al procedimento di assegnazione del contributo e di impegnarsi alla immediata comunicazione dei cambi di indirizzo;
- l'accredito del contributo sul proprio conto corrente bancario o postale o sulla carta prepagata intestata AL BENEFICIARIO con il seguente Codice IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si allega alla presente:

- certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;
- fotocopia dell'attestazione dell'ISEE **in corso di validità** rilasciata ai sensi della normativa prevista dal DPCM del 5 dicembre 2013, n.159;
- fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario **in corso di validità**;

Firma del richiedente

Informativa Privacy (artt.13-14 Reg. UE 2016/679)

Il Sottoscritto _____ nato a _____

il _____, residente a _____

in Via _____, Tel. _____

dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla modalità di trattamento dei dati personali del Comune di Codrongianos e dichiara inoltre quanto segue:

- Acconsento al trattamento dei dati personali con le modalità indicate nella suddetta informativa;
- Non acconsento al trattamento dei dati personali con le modalità indicate nella suddetta informativa

Codrongianos, _____

FIRMA