**All’Ufficio Servizi Sociali**

 **Comune di Pattada**

**Via Roma n. 10**

**07016**

**Oggetto: Richiesta Provvidenze** -**Indennità regionale fibromialgia (IRF) annualità 2025 Legge regionale n. 5/2019 art. 7 bis comma 2 e ss.mm.ii., DGR n.9/22 del 12.02.2025**

IL/La sottoscritta/o:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome Nome** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Residente a Pattada (SS)** |  |

# in qualità di

* Destinataria/o della provvidenza/prestazione
* familiare
* incaricato/a della tutela (tutore, amministratore di sostegno, curatore)
* altro della persona beneficiaria della provvidenza/prestazione

**del/della/ BENEFICIARIO/A**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome Nome** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Residente a Pattada (SS)** |  |

ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000

# CHIEDE

* di accedere al beneficio relativo all’**Indennità regionale fibromialgia (IRF) annualità 2025**

**DICHIARA**

* di essere in possesso della certificazione medica, attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata in data non successiva al 30.04.2025;
* di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità;
* che l’ISEE socio-sanitario del proprio nucleo familiare relativo all’ anno in corso è pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di aver preso visione dell’informativa privacy pubblicata sul sito web istituzionale
* Di avere contezza che il riconoscimento e la liquidazione del contributo avverrà secondo i tempi e i modi previsti dalla Regione Autonoma della Sardegna, a seguito di presentazione delle spese ammissibili
* che gli eventuali contributi economici dovranno essere erogati a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# IBAN

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paese** | **Cin Eur** | **Cin** | **ABI** | **CAB** | **Numero conto corrente** |
|  |  |  |  |  |  |

Allega i seguenti documenti:

* certificazione medica, attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata in data non successiva al 30.04.2025 da un medico specialista abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista”);
* Copia del documento di identità personale e del Codice Fiscale o tessera Sanitaria;
* Copia Codice IBAN.
* Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità.

# Data Firma