



COMUNE DI DECIMOPUTZU

Provincia Sud Sardegna

AREA SERVIZI SOCIALI

Al Responsabile Area Servizi Sociali

SEDE

SCADENZA 30.04.2023

RICHIESTA INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA

ANNO 2023

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov.(____) il ___/___/____

Codice Fiscale

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

residente a Decimoputzu in via _____, n. ____

recapito telefonico _____ e-mail _____

chiede

di poter beneficiare del sostegno economico denominato "Indennità regionale fibromialgia" (IRF).

Consapevole che il riconoscimento e la liquidazione del contributo avverrà secondo i tempi e i modi previsti dalla Regione Autonoma della Sardegna.

Consapevole, che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.445/2000, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato decreto, è punito ai sensi del C.P. e delle Leggi Speciali in materia

dichiara

- di avere una diagnosi di fibromialgia documentata da certificazione medica;
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità.

Allega:

- a) copia del documento di identità e della tessera sanitaria;
- b) certificazione medica, **emessa nell'anno in corso**, rilasciata da un medico abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista, attestante la sindrome fibromialgica;
- c) copia del codice Iban su cui disporre l'eventuale bonifico.

Chiede che i mandati di pagamento relativi al sostegno economico "I.R.F." siano emessi con la seguente modalità (barrare la casella che interessa):

1) diretta per cassa (riscossione allo sportello bancario) []

2) delega in favore di altra persona []

AREA SERVIZI SOCIALI – VIA ROMA N°24 – 09010 DECIMOPUTZU

Responsabile del procedimento Ass. Soc. Loredana Mascia tel. 07096329234

peo: servizi.sociali@comune.decimoputzu.ca.it pec: protocollo.decimoputzu@legalmail.it

cognome _____ nome _____ data di nascita _____

residente a _____ in via _____ n. _____

Codice fiscale _____

3) accredito conto corrente bancario o postale intestato al beneficiario []

(allegare fotocopia IBAN rilasciato dalla Banca o dalla Posta, o altro istituto)

Decimoputzu, _____

Firma _____

Dichiara, inoltre:

di essere a conoscenza che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito di questo procedimento amministrativo nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/03 Codice in materia di protezione dei dati personali, come integrato dal Regolamento UE 2016/679 ("Regolamento generale protezione dati" pubblicato sul <https://palau.it/privacy>) e dal D. Lgs. n.101/2018, per le finalità strettamente necessarie all'espletamento delle attività ad essi connesse. Chiunque volesse acquisire una copia cartacea può richiederla presso gli uffici dei Servizi Sociali.

Decimoputzu, _____

Firma _____