



# COMUNE DI DECIMOPUTZU

Provincia Sud Sardegna

AREA SERVIZI SOCIALI

Al Responsabile Area Servizi Sociali

SEDE

PRESENTAZIONE DAL 01 AL 30 APRILE 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 specialistica;
- 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 specialistica, emessa entro la data del 12 dicembre 2022 (data di entrata in vigore della legge regionale 12 dicembre 2022, n. 22), con riferimento all'annualità 2023, 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 certificazione ISEE in corso di validità;
- d) 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) [ ]

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](mailto:servizi.sociali@comune.decimoputzu.ca.it) pec: [protocollo.decimoputzu@legalmail.it](mailto:protocollo.decimoputzu@legalmail.it)

2) delega in favore di altra persona [ ]

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 \_\_\_\_\_