

RICHIESTA DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO ENTRO E NON OLTRE IL 30 APRILE 2024

Spett.le Comune di Aritzo
Ufficio Servizio Sociale
Corso Umberto I° n° 43
08030 Aritzo (NU)

OGGETTO: RICHIESTA INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF) ANNO 2024.

Il/La Sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ Provincia di _____ il _____

residente in Aritzo, in via/piazza _____ n° _____

tel./cell. _____ e-mail _____

C.F. _____

CHIEDE

☐ in suo favore

☐ in favore di _____

nato/a a _____ Provincia di _____ il _____

residente in Aritzo, in via/piazza _____ n° _____

tel./cell. _____ e-mail _____

C.F. _____ in qualità di _____,

la concessione del sostegno economico denominato Indennità Regionale Fibromialgia (IRF) ai sensi della L.R. n° 5/2019, come modificata dall'art. 12 della L.R. n° 22/2022.

A tal fine, ai sensi degli articoli 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 D.P.R. n° 445/2000

DICHIARA

-di essere residente nel Comune di Aritzo

-di essere in possesso della certificazione medica specialistica attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata in data non successiva al 12 dicembre 2022

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

-di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata (All. "B") che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Allega alla presente:

- certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia (rilasciato da un medico specialista)
- copia documento di identità in corso di validità del richiedente e/o beneficiario
- attestazione ISEE ordinario anno 2024
- richiesta di accredito
- altro _____

Aritzo, li _____

Il/La Dichiarante

(firma per esteso e leggibile)