Al Comune di Berchidda

Al responsabile dell’Area Servizi Sociali

Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: RICHIESTA PROVVIDENZE ECONOMICHE “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)” PER L’ANNO 2024, AI SENSI DELL'ART. 7-BIS DELLA LEGGE REGIONALE N. 5 DEL 2019, E DELL'ART. 12 DELLA LEGGE REGIONALE N. 22 DEL 2022.**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_)

il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

* beneficiario
* incaricato della tutela/curatela/amministratore di sostegno/ genitore/familiare di:

*nome e cognome*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_)

il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Berchidda in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter beneficiare delle provvidenze economiche ai sensi dell'art. 7-bis della legge regionale n. 5 del 2019, e dell'art. 12 della legge regionale n. 22 del 2022 (**IRF-Indennità regionale fibromialgia**).

A tal fine ai sensi dell’art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

* di essere residente nel Comune di Berchidda;
* di essere in possesso di una certificazione medica, di *data non successiva al 30 aprile 2024* con riferimento all'annualità 2024,attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata da un medico specialista (reumatologo, ortopedico, fisiatra) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;
* di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia.

**AUTORIZZA**

il Comune di Berchidda all’accesso, utilizzo e trattamento dei dati nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm.ii., e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

**ALLEGA**

* copia del documento d’identità in corso di validità del destinatario e del richiedente;
* certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia (**non successiva al 30 aprile 2024**);
* copia dell’attestazione dell’ISEE SOCIO SANITARIO in corso di validità alla data di presentazione della domanda, privo di omissioni e difformità.

Berchidda, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2024

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_