



COMUNE DI BERTCHIDDA
Provincia della Gallura Nord-Est Sardegna

Ufficio Servizi Sociali
Tel. 079/7039002 – 079/7039010
EMAIL: servizisociali@comune.berchidda.ss.it
PEC : servizisociali@pec.comune.berchidda.ss.it

Al Comune di Berchidda
Al responsabile dell'Area Servizi Sociali
Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE CONTRIBUTO PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE -
"INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)" PER L'ANNO 2026.**

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

che gli/le venga concesso il sostegno economico denominato "INDENNITÀ REGIONALE
FIBROMIALGIA" (IRF) – ANNO 2026".

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000,

DICHIARA:

- di essere in possesso di un ISEE Socio-Sanitario in corso di validità di un importo pari ad € _____;
- di essere in possesso di una certificazione medica (la stessa deve riportare una data non successiva la 30 aprile dell'anno in cui si presenta la domanda, e deve essere rilasciata da un medico specialista (non medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione, 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.
- che i dati forniti sono completi e veritieri;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo
- di aver preso visione degli articoli 1-2-3 dell'avviso, redatto secondo le nuove linee guida regionali, che il contributo di massimo di € 800,00, viene riconosciuto a titolo di rimborso in base alle spese ammissibili, e rapportato alla situazione economica misurata in ragione delle soglie ISEE.

A tal fine **allega** la seguente documentazione **OBBLIGATORIA**:

- **MODULO RICHIESTA RIMBORSO SPESE**, disponibile sul sito del Comune di Berchidda;
- copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- copia dell'attestazione ISEE SOCIO SANITARIO in corso di validità (rilasciato entro il 30 aprile 2026);
- certificazione medica (la stessa deve riportare una data non successiva la 30 aprile dell'anno in cui si presenta la domanda, e deve essere rilasciata da un medico specialista (non medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione, iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista.

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).

Il sottoscritto a norma del D.L. 201/2011, richiede che il pagamento venga effettuato tramite accredito su c.c. bancario/postale (intestato/cointestato al beneficiario):

Codice IBAN

PAESE	CIN EU	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO CORRENTE

intestato a _____

Berchidda, ____/____/2026

Firma

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di Berchidda, con sede in Berchidda, Via /Piazza del Popolo, email: amministrativo@comune.berchidda.ot.it, pec: protocollo@pec.comune.berchidda.ot.it, tel: 0797039001, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell' Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati" , i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.

IN ALTERNATIVA

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l'applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all' Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ai sensi dell'art. 43, comma 2, TUEL da parte degli amministratori dell'Ente, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **SIPAL srl**, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: dpo@sipal.sardegna.it – pec: sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

L'interessato al trattamento dei dati

(Firma per esteso) _____