COMUNE DI BERCHIDDA

Provincia di Sassari

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

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

_____