



**Spett.le
Comune
Sant'Antonio di Gallura 07030**
P.zza Matteo Ruzittu n.1
Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Richiesta "Indennità Regionale Fibromialgia"- IRF – 2025.

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
_____ nato/a a _____, Prov. di _____ il
____/____/____, residente a _____ Prov. di _____ in via/piazza
_____, n. _____
Cod. Fiscale _____ Tel. _____
Mail _____

CHIEDE

Il Sostegno economico IRF annualità 2025

in suo favore

in favore di (cognome) _____ (nome) _____ nato/a a
_____, Prov.di _____ il ____/____/____, residente a _____
in via/piazza _____, n. _____

Cod. Fiscale _____ in qualità di: _____

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 DPR 445/2000,

DICHIARA

1. Di essere residente nel Comune di Sant'Antonio di Gallura;
2. Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;
3. Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
4. Di voler ricevere il contributo spettante mediante accredito sul c/c:
IBAN _____
intestato a _____
5. Di aver letto e compreso l'avviso pubblico relativo al presente procedimento;

6. Di essere consapevole che la legge regionale n. 18 del 2024, art.1, comma 9, ha modificato la natura del beneficio trasformandolo in un contributo di rimborso delle spese sostenute per interventi di carattere sanitario e che per poter beneficiare dell'IRF il richiedente dovrà presentare adeguate pezze giustificative, ad integrazione della domanda, relative alle spese sostenute durante l'anno;

Allega alla presente:

- Certificato rilasciato da un medico specialista di **data non successiva al 30/04/2025** attestante la diagnosi di fibromialgia;
- Copia documento di identità e Codice Fiscale;
- Attestazione ISEE SOCIO - SANITARIO in corso di validità;
- Copia Codice IBAN;
- Eventuale copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

Il/ La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Sant'Antonio di Gallura li

Firma per accettazione

Sant'Antonio di Gallura li

(Firma del richiedente)