

COMUNE DI ESCALAPLANO  
PROVINCIA SUD SARDEGNA

Arrivo il .....

Prot. N. ....  
Uff. Serv. Sociali

**Al Comune di Escalapiano**  
**Via Sindaco Giovanni Carta n. 18 Escalapiano (SU)**

PEC: [protocollo@pec.comune.escalapiano.ca.it](mailto:protocollo@pec.comune.escalapiano.ca.it)

**SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDA IL 30.04.2024**

Oggetto: **Nuova Domanda** per l'ottenimento dell'Indennità regionale fibromialgia" (IRF) 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.

La/il sottoscritto/a

Nato/a a

Il

Codice fiscale |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Residente a

Prov.

Via

n.

Recapito telefonico

e-mail

**In qualità di (specificare):**

- Beneficiario in possesso di una diagnosi di fibromialgia documentata da certificazione medica;
- Rappresentante legale di beneficiario in possesso di una diagnosi di fibromialgia documentata da certificazione medica (specificare):
  - Incaricato della tutela    Titolare della patria potestà    Amministratore di sostegno

**CHIEDE per sé stesso o per:**

Cognome e nome

Nato/a a

Il

Codice fiscale |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Residente a

ESCALAPLANO

Prov.

Via

n.

Di poter beneficiare dell'indennità in favore di persone affette da fibromialgia, per l'anno 2024, ai sensi dell'art. 7-bis della legge regionale n. 5 del 2019, introdotto dall'art. 12 della legge regionale

n. 22 del 2022 e secondo le linee guida previste nella deliberazione della Giunta Regionale n. 10/39 del 16.03.2023.

Consapevole che il riconoscimento e la liquidazione del contributo avverrà secondo i tempi e i modi previsti dalla Regione Autonoma della Sardegna.

Consapevole, che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.445/2000, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato decreto, è punito ai sensi del C.P. e delle Leggi Speciali in materia:

### **DICHIARA**

**Di aver preso visione** dell'Avviso Pubblico prot. n. 1677 del 06/03/2024 predisposto secondo le Linee Guida approvate dalla Regione Autonoma della Sardegna con Deliberazione della Giunta Regionale n. 7/12 del 28/02/2023 Deliberazione della Giunta Regionale del 10/39 del 16/03/2023 e di accettarlo in ogni suo articolo.

- di avere una diagnosi di fibromialgia documentata da certificazione medica rilasciata da un medico specialista (non da un medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia.

**Di essere consapevole** di dover comunicare tempestivamente al Comune ogni evento che determini qualsiasi variazione dei requisiti di accesso alla presente domanda.

**Si chiede che il pagamento dell'assegno** venga effettuato sul tramite accredito sul conto corrente bancario o postale avente le seguenti coordinate:

IBAN		Istituto Bancario/Poste:																				
Paese	CIN E.	CIN	ABI				CAB				Numero c/c											

- intestato a nome del/la sottoscritto/a .....
- cointestato tra la/le persona/e richiedente/i l'assegno e il Sig./Sig.ra (nome e cognome) .....

**Allega:**

- a) **copia del documento** di identità;
- b) **certificazione medica, di data non successiva al 30 APRILE 2024** per l'anno 2024, attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata da un medico specialista (non da un medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista.
- c) **attestazione ISEE ORDINARIO** anno 2024.

Escalaplano \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_