

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 _____