

COMUNE DI ESCALAPLANO
PROVINCIA SUD SARDEGNA

Arrivo il

Prot. N.
Uff. Serv. Sociali

Al Comune di Escalaplano
Via Sindaco Giovanni Carta n. 18 Escalaplano (SU)
PEC: protocollo@pec.comune.escalaplano.ca.it

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDA IL 30.04.2024

oggetto: **Rinnovo 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 aver beneficiato nell'anno 2023 del sostegno economico denominato "indennità regionale fibromialgia" (IRF) 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;
- Che non si è verificata alcuna variazione o perdita dei requisiti dichiarati nell'anno 2023;
- 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) **attestazione ISEE ORDINARIO** anno 2024 di cui si terrà conto ai fini dell'erogazione del contributo nel caso in cui le risorse disponibili per il 2024 dovessero risultare insufficienti in relazione agli aventi diritto.

Escalaplano _____

Firma_____