



COMUNE DI TADASUNI

PROVINCIA DI ORISTANO

SETTORE SOCIO - CULTURALE

AL SINDACO DEL COMUNE DI
TADASUNI

**OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DI € 800,00 UNA TANTUM,
DENOMINATO “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) – ANNO 2024 – PRESENTAZIONE ENTRO E
NON OLTRE IL 30 APRILE 2024**

Il/La sottoscritto _____, nato/a _____ il _____

residente a _____ in _____

Via/Piazza _____ n. _____

Codice fiscale _____ Telefono _____, e- mail _____

per sè stesso

oppure, in qualità di familiare di riferimento _____

tutore/amministratore di sostegno

del/la sig./ra _____

nato/a _____ il _____ residente a _____ in _____

Via/Piazza _____

n. _____ Codice fiscale _____

CHIEDE

Che gli/le venga concesso il “**SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) – ANNO 2024**”.

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000,

- Che il richiedente è in possesso di un ISEE Ordinario 2024 di importo pari ad € _____;
- Che il dichiarante è in possesso di una certificazione medica, di data non successiva al 30 aprile 2024, attestante la diagnosi di fibromialgia, redatta da medico specialista come indicato all'art. 2 lett. b) dell'avviso pubblico;

DICHIARA ALTRESI'

- Che i dati forniti sono completi e veritieri;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo;
- Di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, qualora da un controllo delle dichiarazioni rese emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, fermo restando le ulteriori conseguenze previste dalla normativa vigente e la restituzione delle somme percepite indebitamente;
- Di essere informato, che i dati comunicati dai richiedenti saranno trattati ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 e in applicazione dell'art 48 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

- I dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento del presente avviso pubblico: "RICHIESTA CONCESSIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) – ANNO 2024";
- Di essere informato che per qualsiasi informazione è possibile rivolgersi al responsabile del procedimento indicato nell'avviso pubblico.

A tal fine allega alla domanda la seguente documentazione (documentazione OBBLIGATORIA da allegare alla domanda)

- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità e dell'eventuale delegato alla riscossione del beneficio.
- Copia dell'attestazione ISEE ORDINARIO 2024;
- Certificazione medica, di data non successiva al 30 aprile 2024, attestante la diagnosi di fibromialgia, redatta da medico specialista come indicato all'art. 2 lett. b) dell'avviso pubblico.

Si richiede che il pagamento del contributo venga effettuato tramite:

- contanti presso il Banco di Sardegna;
- Accredito su c.c. bancario/postale (intestato/cointestato al richiedente) codice IBAN

I T

Tadasuni, _____