|  |  |
| --- | --- |
| Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Spett.le Comune di Olzai**  **All’Ufficio Servizi Sociali**  **Via Vittorio Emanuele n. 25**  **08020 - Olzai (Nu)** |

|  |
| --- |
| **Indennità Regionale Fibromialgia “IRF”**  **L.R. 12.12.2022, n. 22, art. 12 e D.G.R. n. 10/39 del 16.03.2023**  **- Anno 2023 –**  **Modulo di domanda** |

**PRESENTAZIONE DOMANDA DAL 1° APRILE ED ENTRO E NON OLTRE IL 30 APRILE 2023**

II/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Via/Loc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

* richiedente;
* genitore
* incaricato della tutela/curatela/amministratore di sostegno
* familiare di riferimento

del/la sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente nel Comune di Olzai (Nu) - Via/Loc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**la concessione del sostegno economico denominato Indennità Regionale Fibromialgia “IRF”** ai sensi dell’art. 12 della L.R. 12 dicembre 2022 n. 22 e come da linee di indirizzo approvate con D.G.R. n. 10/39 del 16.03.2023.

A tal fine ai sensi dell’art. 46 del D.P.R 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA ED AUTOCERTIFICA che l’interessato**

* è residente nel Comune di Olzai;
* è in possesso di certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da medico specialista abilitato all’esercizio della professione ed iscritto all’albo, sia dipendente pubblico, che convenzionato, che libero professionista;
* è in possesso di un ISEE ordinario in corso di validità il cui valore è pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* non beneficia di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità;

**Dichiara altresì:**

* 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 e 76 del D.P.R. n. 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 recante “Indennità regionale fibromialgia “IRF” - L.R. 12.12.2022, n. 22, art. 12 e D.G.R. n. 10/39 del 16.03.2023 - Sostegno economico finalizzato a facilitare il miglioramento della qualità della vita dei cittadini affetti da fibromialgia”;

**In caso di accoglimento della domanda si chiede che il pagamento del contributo venga effettuato tramite:**

* contanti presso il Banco di Sardegna;
* accredito su c.c. bancario/postale (intestato/cointestato al beneficiario/a dell’IRF) - codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Allega alla domanda la seguente documentazione:**

* copia del documento di identità e tessera sanitaria del richiedente in corso di validità;
* certificazione medica, rilasciata entro la data del 12 dicembre 2022, attestante la diagnosi di fibromialgia, redata da medico specialista;
* copia dell’attestazione ISEE ordinario, priva di omissioni/difformità in corso di validità;
* eventuale copia del codice IBAN.

Olzai, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/La Sottoscritto/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_