

MODULO DI DOMANDA
“Indennità Regionale Fibromialgia (IRF)”

Annualità 2024

L.R. 5/2019 art. 7-bis – L.R. 22/2022 art. 12

D.G.R. n. 10/39 del 16/03/2023

**Al Responsabile del Servizio Sociale
Comune di Domusnovas**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/ Piazza _____ n° _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ e-mail _____

In qualità di:

beneficiario

rappresentante legale

CHIEDE

Per sé stesso

In favore di:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a Domusnovas, Via/Piazza _____ n° _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ e-mail _____

La concessione del contributo denominato “Indennità Regionale Fibromialgia” ai sensi della L.R. 5/2019 art. 7-bis (introdotto dalla L.R. 22/2022)

DICHIARA

1. Di essere residente nel Comune di Domusnovas;

2. Di essere in possesso della certificazione medica (di data non successiva al 30 aprile 2024) attestante la sindrome fibromialgica;

3. Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

4. Di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega a tal fine:

- Documento di identità e codice fiscale del beneficiario e, eventualmente, del rappresentante legale;
- Certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;
- ISEE ordinario in corso di validità;
- Copia codice Iban.

Domusnovas, li _____

Firma _____