

Modulo A

Al Comune di Silius

protocollo@pec.comune.silius.ca.it

OGGETTO: Richiesta concessione dell'Indennità Regionale Fibromialgia (IRF) ai sensi della L.R. n. 5/19 e n. 18/2024 per l'anno 2025.

Il/la sottoscritto/a (inserire i dati del richiedente)

QUADRO A

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Età	
Comune di residenza	
Indirizzo (via/vico, n. civico)	
Codice fiscale	
Telefono	
E-mail (obbligatoria)	
Pec (consigliata)	

in qualità di

- ☐ Beneficiario
- ☐ Amministratore di sostegno Decreto n. _____ del _____
- ☐ Familiare referente (Caregiver)
- ☐ Esercente la potestà genitoriale sul minore
- ☐ Incaricato della tutela della Persona interdetta o inabilitata

QUADRO B – Inserire i dati relativi alla persona per la quale si chiede l'IRF (se diversa da quella indicata nel Quadro A)

Cognome	
Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Età	
Comune di residenza	
Indirizzo (via/vico, n. civico)	
Codice fiscale	
Telefono	
E-mail	
Pec (consigliata)	

CHIEDE

la concessione del “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) ai sensi della L.R. n. 5/2019 e n. 18/2024 per l'anno 2025.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

1. di essere residente nel Comune di Silius;
2. di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata da un medico specialista (reumatologo, ortopedico, fisiatra) entro la data del 30/04/2025;
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;
5. di essere informato che la presente domanda potrà essere presentata entro e non oltre il 30/04/2025;
6. di essere consapevole del fatto che tutte le domande presentate con modalità diverse rispetto a quelle previste dall'avviso pubblico saranno escluse.

Allega alla presente domanda:

- ☐ Certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia (rilasciato da un medico specialista: reumatologo, ortopedico, fisiatra) rilasciata entro la data del 30/04/2025;
- ☐ Copia documento di identità del beneficiario e/o delegato alla presentazione dell'istanza;

Scadenza presentazione domande: 30/04/2025

- ☐ In caso di amministrazione di sostegno, inabilitazione o interdizione legale del beneficiario, copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;
- ☐ Attestazione ISEE 2025 SOCIO SANITARIO;
- ☐ Copia del codice IBAN, necessariamente intestato o cointestato al beneficiario,
- ☐ Copia informativa debitamente sottoscritta

Silius, li _____

(data)

FIRMA LEGGIBILE DEL RICHIEDENTE
