



Amministrazione destinataria

Comune di Oristano

Ufficio destinatario

Ufficio protocollo

## Domanda di concessione del contributo per l'indennità regionale fibromialgia (IRF)

*Ai sensi della Deliberazione della Giunta regionale 28/02/2023, n. 7/12*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata						

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

la concessione del contributo per l'indennità regionale fibromialgia (IRF)

### Soggetto interessato

- riferito a se stesso
- riferito alla persona di seguito specificata

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)											

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

di non avere diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi o altri enti anche sulla base di normative statali e regionali

di essere affetto da fibromialgia

Data di rilascio della certificazione

di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse subentrare successivamente e di assumersi tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione

di possedere il seguente ISEE

Importo

€

Data di rilascio

Data di scadenza

### CHIEDE INOLTRE

che il versamento dell'eventuale contributo avvenga con la seguente modalità

accredito su c/c postale o bancario

IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

accredito su carta prepagata

IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

rimessa diretta

*(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)*

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

copia del certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia

copia del documento di identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Oristano

Luogo

Data

il dichiarante