

- Che il dichiarante è in possesso di un ISEE Socio Sanitario in corso di validità di un importo pari ad euro _____;
- Che il dichiarante è in possesso di una certificazione medica, di data non successiva al 12 dicembre 2022 (data di entrata in vigore della L.R. n. 22/2022 - come indicato nell'allegato alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 7/12 del 28.02.2023), attestante la diagnosi di fibromialgia;

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";

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 del Codice Fiscale.

Copia dell'attestazione ISEE SOCIOSANITARIO in corso di validità (rilasciato nell'anno 2024);

Certificazione medica, di data non successiva al 30/04/2024 (come indicato nella nota RAS n. 2222 del 06/02/2024), attestante la diagnosi di fibromialgia; (la predetta certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista (reumatologo, ortopedico, fisiatra) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista).

Il sottoscritto a norma del D.L. 201/2011, richiede che il pagamento venga effettuato tramite:

Accredito su c.c. bancario/postale (intestato/cointestato al richiedente) codice IBAN:

I	T																															
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Buggerru _____

IL DICHIARANTE

Firma _____

N.B. La presente istanza, resa in carta libera ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, è sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata del documento di identità del sottoscrittore