**COMUNE DI BUGGERRU**
PROVINCIA DEL SULCIS IGLESIENTE
Via Roma, 40
tel. 0781 54303 –
– pec. comune.buggerru@pec.it

**Ufficio Servizi Sociali**
**Comune di Buggerru**

**OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DI € 800,00 UNA TANTUM, DENOMINATO "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) – ANNO 2026**

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ residente a _____in via/piazza _____ n.___

C.F. _____telefono_____email_____

**CHIEDE**

Che gli/le venga concesso il **"SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) – ANNO 2026"**.

**DICHIARA**

Che il proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è così composto:

| nr. | Cognome e Nome | Luogo e data di nascita | Codice Fiscale | Grado di parentela con il dichiarante |
|---|---|---|---|---|
| | *Dichiarante:* | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- 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 2026";

**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 <u>ISEE SOCIOSANITARIO</u> in corso di validità (rilasciato nell'anno 2026);**
☐ **Certificazione medica, di data non successiva al 30/04/2026 (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***