

COMUNE DI OLBIA

Provincia Gallura

Nord – Est Sardegna

*Settore Servizi Alla Persona*

Assessorato alle Politiche Sociali, Pari Opportunità, Politiche Sanitarie e Tutela degli Animali

##### Spett.le COMUNE DI OLBIA

Settore Servizi alla Persona

##### Via Perugia n 3

##### 07026 OLBIA

**OGGETTO**: Richiesta “Indennità Regionale Fibromialgia” - IRF –**ANNO 2025 RIAPERTURA TERMINI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il sostegno economico IRF ai sensi della L.R. n. 5/2019 e ss.mm.ii

in suo favore

in favore di (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* Di aver preso visione dell’**AVVISO PUBBLICO RIAPERTURA TERMINI**
* Di essere residente nel Comune di Olbia;
* Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;
* Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
* Di essere in possesso della seguente attestazione di ISEE SOCIOSANITARIO O ORDINARIO in corso di validità:

|  |
| --- |
| N. IDENTIFICATIVO ISEE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA DI RILASCIO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  VALORE ISEE €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ALLEGA ALLA PRESENTE:**

* Certificato rilasciato da un medico specialista di data non successiva al **30 aprile 2025**, attestante la Diagnosi di fibromialgia;
* Copia documento di identità e Codice Fiscale;
* Codice IBAN;
* Eventuale delega ad una terza persona per il ritiro del rimborso spettante (**Allegato B – Modulo DELEGA**);
* Eventuale copia conforme all’originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore Amministratore di sostegno;

Olbia, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Firma del richiedente)*

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI**  Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati  I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.  Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati. |

|  |
| --- |
| **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati  Il/ La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.  Olbia, li Firma per accettazione    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |