



# COMUNE DI OLBIA

Provincia di Sassari

Zona Omogenea Olbia – Tempio

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

**Settore Servizi alla Persona**

**Spett.le COMUNE DI OLBIA**

Settore Servizi alla Persona

Via Perugia n° 3

07026 OLBIA

**OGGETTO:** Richiesta “Indennità Regionale Fibromialgia”- IRF –ANNO 2024- **RINNOVO DOMANDA**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_

(nome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_

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

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

## CHIEDE IL RINNOVO

del sostegno economico IRF ai sensi della L.R. n. 5/2019, come modificata dall’art. 12 della L.R. n. 22/2022, per l’anno 2024

in suo favore

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

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

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 beneficiato nell'anno **2023** del sostegno economico denominato “Indennità Regionale Fibromialgia”;
- Che non si è verificata alcuna variazione o perdita dei requisiti dichiarati nell'anno **2023**;
- Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- Di essere in possesso della seguente attestazione di ISEE ORDINARIO in corso di validità:

N. IDENTIFICATIVO ISEE ORDINARIO \_\_\_\_\_

DATA DI RILASCIO \_\_\_\_\_

VALORE ISEE ORDINARIO € \_\_\_\_\_

#### Allega alla presente:

- Copia documento di identità e Codice Fiscale;
- Eventuale copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o 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

\_\_\_\_\_