 **C O M U N E D I P L O A G H E**

Provincia di Sassari

Servizio Socio Assistenziale, Cultura, Istruzione, Sport e Spettacolo

[servizisociali@comune.ploaghe.ss.it](mailto:servizisociali@comune.ploaghe.ss.it)

[servizisociali@pec.comune.ploaghe.ss.it](mailto:servizisociali@pec.comune.ploaghe.ss.it)

##### Spett.le COMUNE DI PLOAGHE

Settore Servizi sociali

##### Piazza San Pietro, n.1

##### 07017 - Ploaghe

# OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DI € 800,00 UNA TANTUM - “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) ANNO 2024.

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_

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

**CHIEDE**

Il sostegno economico IRF ai sensi della L.R. n. 5/2019, come modificata dall’art. 12 della L.R. n. 22/2022

in suo favore

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

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

A tal fine consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e altresì della decadenza dei benefici prodotti dal provvedimento emanato sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi del DPR 403/98.

# DICHIARA

1. Di essere residente nel Comune di Ploaghe;
2. Di essere in possesso di una certificazione medica, di data non successiva al 30 aprile 2024, attestante la diagnosi di fibromialgia; la predetta certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista (non da un medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;
3. Di essere in possesso di un ISEE Ordinario in corso di validità di un importo pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
5. Che i dati forniti sono completi e veritieri;

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 dell’attestazione ISEE ORDINARIO in corso di validità;
* Certificazione medica, di data non successiva al **30 aprile 2024 per l’anno 2024**, attestante la diagnosi di fibromialgia; la predetta certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista (non da un medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista.
* Fotocopia del codice IBAN
* Eventuale copia conforme all’originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I** | **T** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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.  Ploaghe, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma per accettazione  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Ploaghe, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del richiedente)