 **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 RINNOVO CONCESSIONE INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA - ANNO 2025

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

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

**CHIEDE**

**Il rinnovo della concessione dell’indennità regionale “Fibromialgia ANNO 2025” ai sensi della Legge Regionale n. 18 del 2024, art.1, comma 9.**

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.

**A tale scopo allega i seguenti documenti:**

* la certificazione ISEE sociosanitario in corso di validità;
* Copia del documento d’identità in corso di validità
* Eventuale copia conforme all’originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;
* Copia dell’IBAN con intestatario/i del conto corrente in essere ( non sono ammessi libretti postali)

**DICHIARA**

* Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica, concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
* Di non aver perso i requisiti di accesso alla misura in oggetto;
* Che l’IBAN di seguito indicato è intestato al/alla sottoscritto/a:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)