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
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 UNATANTUM - "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) 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 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 non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
3. Che i dati forniti sono completi e veritieri;

A tal fine allega alla domanda la seguente documentazione (documentazione OBBLIGATORIA)

- Copia del documento d'identità in corso di validità;
- la certificazione ISEE sociosanitario in corso di validità;
- la certificazione medica, rilasciata in data non successiva al 30/04/2025 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;
- 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 (non sono ammessi libretti postali)
- 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)