Al Responsabile dei Servizi Sociali

PRESENTAZIONE DAL 01 AL 30 APRILE 2023

RICHIESTA INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA

ANNO 2023

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov.(_____) il ___/___/_____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a Villa San Pietro in via _____, n. ___

recapito telefonico _____ e-mail _____

chiede

di poter beneficiare del sostegno economico denominato "Indennità regionale fibromialgia" (IRF).

Consapevole che il riconoscimento e la liquidazione del contributo avverrà secondo i tempi e i modi previsti dalla Regione Autonoma della Sardegna.

Consapevole, che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.445/2000, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato decreto, è punito ai sensi del C.P. e delle Leggi Speciali in materia

dichiara

- ☐ di avere una diagnosi di fibromialgia documentata da certificazione medica specialistica;
- ☐ di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità.

Allega:

a) copia del documento di identità e della tessera sanitaria;
b) certificazione medica specialistica, emessa entro la data del 12 dicembre 2022 (data di entrata in vigore della legge regionale 12 dicembre 2022, n. 22), con riferimento all'annualità 2023, rilasciata da un medico abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista, attestante la sindrome fibromialgica;
c) attestazione ISEE 2023;

Villa San Pietro, _____

Firma_____