

RICHIESTA INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA

ANNO 2024

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 30 APRILE 2024, 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 2024;
- d) modulo richiesta accredito somme al conto bancario intestato al/la medesimo/a.

Villa San Pietro, _____

Firma _____