



COMUNE DI SASSARI
Settore Politiche, Servizi e Coesione Sociale

DOMANDA

per la concessione del sostegno economico denominato “indennità regionale fibromialgia” di cui alla L.R. n.5/2019, come modificata dall’art.12 L.R. n.22/2022.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
Codice fiscale _____
residente a _____
in via _____ n° _____
cellulare _____, email _____

CHIEDE

di poter beneficiare del sostegno economico denominato “indennità regionale fibromialgia” di cui alla L.R. n.5/2019, come modificata dall’art.12 L.R. n.22/2022, per sé medesimo;
oppure in qualità di rappresentante legale di:

_____ nato/a _____ il _____
Codice fiscale _____
residente a _____
in via _____ n° _____.

A tal fine

DICHIARA

ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall’art.76 del D.P.R. 445/2000, l’Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall’art.75 del suddetto D.P.R. 445/2000

- di aver preso visione dell’avviso pubblico, riportante i criteri di ammissione al contributo, redatto secondo le disposizioni di cui all’allegato alla deliberazione della Giunta Regionale n.10/39 del 16.03.2023;
- che il beneficiario risiede nel Comune di Sassari;

- che il beneficiario è in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata, in data non successiva al 12 dicembre 2022, da un medico specialista abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;
- che il beneficiario non ha percepito altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- che il valore dell'attestazione dell'ISEE ordinario del beneficiario per l'anno 2023 è pari ad € _____.

Chiede che il pagamento delle somme spettanti sia effettuato nella seguente modalità:

Accredito su C/C bancario o postale intestato o cointestato al sottoscritto
Codice IBAN _____

Delega per accredito su C/C bancario o postale intestato a _____
Codice fiscale _____
Codice IBAN _____

N.B. non è possibile effettuare l'accredito su libretti postali, carte Paypal e Sisal.

Allega:

- Copia del documento di identità del richiedente;
- Certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;
- Atto di nomina in qualità di rappresentante legale (se presente);
- Attestazione ISEE ordinario del beneficiario per l'anno 2023;
- Coordinate bancarie per accredito del contributo;
- Copia del documento di identità del beneficiario (se diverso dal richiedente).

Dichiara inoltre di aver preso visione dell'"informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Sassari, lì _____

Firma
