

Spazio riservato ufficio protocollo

Scadenza: 30.04.2025

Al Responsabile del Settore Politiche sociali  
del Comune di Maracalagonis**MOD. B – NUOVA ISTANZA IRF 2025**  
**RICHIESTA PER LA CONCESSIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO**  
**“INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)” - ANNO 2025**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ E-mail  
\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- Destinatario/a del sostegno**  
 **Genitore esercente la potestà genitoriale (per i minori)**  
 **Tutore**  
 **Amministratore di sostegno**

**CHIEDE**

La 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. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Maracalagonis,  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, assumendone piena responsabilità, e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici:

- Di essere residente nel Comune di Maracalagonis, nell'indirizzo sopra riportato;
- Di essere in possesso di una certificazione sanitaria attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata entro la data del 30 aprile 2024; 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.
- Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- Che il valore ISEE SOCIO SANITARIO del nucleo familiare per l'anno 2025 è pari a € \_\_\_\_\_ protocollo DSU INPS-ISEE-2025 \_\_\_\_\_

### DICHIARA inoltre

Che i dati forniti sono completi e veritieri;

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo;

Di avere preso visione delle informazioni riportate nell'Avviso inerente all'intervento, pubblicato nel sito web istituzionale del Comune di Maracalagonis e di accettare incondizionatamente tutto quanto in esso riportato;

Di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, qualora da un controllo delle dichiarazioni rese emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, fermo restando le ulteriori conseguenze previste dalla normativa vigente e la restituzione delle somme percepite indebitamente;

Di essere a conoscenza che i dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati ai soli fini necessari per l'espletamento delle procedure per la concessione del sostegno economico e di acconsentire al trattamento dei dati, anche sensibili;

Di essere a conoscenza che i dati relativi alla concessione del sussidio potranno essere utilizzati dalla Regione Autonoma della Sardegna ai fini della costituzione del registro di cui alla L.R. n. 5/2019;

Di essere a conoscenza che l'eventuale rifiuto al trattamento dei dati raccolti nella presente domanda di iscrizione comporta l'impossibilità di accedere al sussidio "IRF".

Ai fini della concessione del sostegno economico, allega alla presente:

1. Copia documento d'identità in corso di validità del destinatario del sostegno e del richiedente;
2. Tessera sanitaria del destinatario del sostegno;
3. Certificazione medica rilasciata in data non successiva al 30 Aprile 2025 attestante la diagnosi di fibromialgia, 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;
4. Copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno (Eventuale);
5. Codice IBAN del beneficiario del contributo:
  - Bancario
  - Postale (*n.b. non sono validi i libretti postali*)

Presso \_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_ Agenzia n. \_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

Coordinate:

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

Il/La sottoscritto/a **dichiara**, altresì, di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata all'Avviso e di averne compreso l'intero contenuto.

Maracalagonis, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_