

Spazio riservato ufficio protocollo

Scadenza: 30.04.2025

Al Responsabile del Settore Politiche sociali
del Comune di Maracalagonis

MOD. A - RINNOVO BENEFICIARI INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF) 2024 PER L'ANNUALITÀ 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

DICHIARA

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 aver presentato istanza per l'accesso al contributo Indennità Regionale Fibromialgia per l'anno 2024 a seguito della quale è stato concesso il Sostegno Economico denominato "Indennità Regionale Fibromialgia (IRF)";
- Che la certificazione sanitaria attestante la diagnosi di fibromialgia presentata nell'anno 2024 sia ancora valida per l'anno 2025;
- 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 rinnovo 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. Copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno (Eventuale);
4. Codice IBAN del beneficiario del contributo:
 - o Bancario
 - o 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 _____