



**Spett.le
Comune
Sant'Antonio di Gallura 07030**
P.zza Matteo Ruzittu n.1
Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Richiesta "Indennità Regionale Fibromialgia"- IRF – 2025.

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
_____ nato/a a _____, Prov. di _____ il
____/____/____, residente a _____ Prov. di _____ in via/piazza
_____, n. _____
Cod. Fiscale _____ Tel. _____
Mail _____

CHIEDE

Il Sostegno economico IRF annualità 2025

in suo favore

in favore di (cognome) _____ (nome) _____ nato/a a
_____, Prov. di _____ il ____/____/____, residente a _____
in via/piazza _____, n. _____

Cod. Fiscale _____ in qualità di: _____

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

1. Di essere residente nel Comune di Sant'Antonio di Gallura;
2. Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;
3. Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
4. Di voler ricevere il contributo spettante mediante accredito sul c/c:
IBAN _____
intestato a _____
5. Di aver letto e compreso l'avviso pubblico relativo al presente procedimento;

Allega alla presente:

- Certificato rilasciato da un medico specialista di **data non successiva al 30/04/2025** attestante la diagnosi di fibromialgia;
- Copia documento di identità e Codice Fiscale;
- Attestazione ISEE SOCIO - SANITARIO in corso di validità;
- Copia Codice IBAN;
- Eventuale copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

Il/ La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Sant'Antonio di Gallura li

Firma per accettazione

Sant'Antonio di Gallura li _____

(Firma del richiedente)