

# MODULO DOMANDA

Legge Regionale n. 5/2019

## CONTRIBUTO ECONOMICO A FAVORE DI SOGGETTI AFFETTI DA SINDROME FIBROMIALGICA (SFM)

AL RESPONSABILE  
DEL SERVIZIO SOCIALE  
COMUNE DI PERFUGAS

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000

|  |   |
|--|---|
| <b>1</b><br><br>dati del<br>richiedente<br>e/o titolare<br>dell'intervento | Il/La sottoscritto/a <input type="text"/><br>nato/a a <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> il <input type="text"/><br>residente a <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> CAP <input type="text"/><br>in Via <input type="text"/><br>Codice Fiscale <input type="text"/> |
|--|---|

Consapevole che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;

### CHIEDE

in suo favore

in favore di<sup>1</sup>

relazione di parentela

indicare grado di parentela con il destinatario se diverso dal richiedente

|   |   |
|---|---|
| <b>2</b><br><br>dati del<br>titolare<br>SFM<br>(se diverso<br>dal<br>richiedente) | Cognome e Nome <input type="text"/><br>nato/a a <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> il <input type="text"/><br>residente a <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> CAP <input type="text"/><br>in Via <input type="text"/><br>Codice Fiscale <input type="text"/> |
|---|---|

**di poter beneficiare del contributo previsto dalla L.R. n°5/2019 a favore di  
persone affette da sindrome fibromialgica (SFM)**

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,

<sup>1</sup> SOLO in caso il titolare della patologia fibromialgica sia amministrato

## DICHIARA

- a) di essere residente nel Comune di Perfugas;
- b) di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa per la diagnosi di fibromialgia;
- c) di essere in possesso di una certificazione medica rilasciata entro la data del 12 dicembre 2022<sup>2</sup>, ovvero entro la data del 30 Aprile 2024 per l'annualità 2024<sup>3</sup>, attestante la diagnosi di fibromialgia, redatta dal medico specialista<sup>4</sup>;
- d) di essere in possesso di un ISEE Ordinario in corso di validità di importo pari a Euro
- e) Di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo;

## ALLEGA

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>3</b><br><b>ALLEGATI</b> | <b>A tal fine allega:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;</li><li><input type="checkbox"/> Copia dell'attestazione ISEE ORDINARIO in corso di validità;</li><li><input type="checkbox"/> Copia del documento di identità del richiedente beneficiario in corso di validità;</li><li><input type="checkbox"/> copia del decreto di nomina di tutore/amministratore di sostegno del beneficiario (qualora l'istanza sia presentata per soggetto amministrato).</li></ul> |
|-----------------------------|---|

## COMUNICA

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>4</b><br><b>ACCREDITO</b> | <b>Si richiede che il pagamento del contributo venga effettuato tramite:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> contanti presso il BANCO DI SARDEGNA</li><li><input type="checkbox"/> Accredito sul conto corrente bancario (intestato/cointestato al beneficiario) di cui si riporta il codice IBAN:<br/><input type="text"/></li></ul> |
|------------------------------|--|

<sup>2</sup> Data di entrata in vigore della Legge.

<sup>3</sup> Nel caso la certificazione sia rilasciata in data antecedente il 12/12/2022 il contributo sarà riconosciuto per le due annualità 2023 e 2024 - nel caso in cui la certificazione sia rilasciata in data successiva al 12/12/2022 e antecedente al 30/04/24 sarà riconosciuta una sola annualità.

<sup>4</sup> 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.

**5**

**Recapiti per  
eventuali  
comunicazioni**

Tel./Cell

Nome Cognome

**SI PRECISA CHE:**

1. l'Amministrazione si riserva la facoltà di fare eseguire le opportune indagini sulla veridicità di tutte le dichiarazioni effettuate sul presente modulo anche attraverso l'utilizzo delle banche dati messe a disposizione dalle Amministrazioni Statali;
2. le dichiarazioni non rispondenti al vero, oltre a comportare la decadenza del beneficio, verranno perseguite penalmente ai sensi dell'art. 71, 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

Luogo e data



\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL DICHIARANTE**

