

## 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>  dati del richiedente e/o titolare dell'intervento	Il/La sottoscritto/a					
	nato/a a		Prov.		il	
	residente a		Prov.		CAP	
	in Via					
	Codice Fiscale					

*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>  dati del titolare SFM (se diverso dal richiedente)	Cognome e Nome					
	nato/a a		Prov.		il	
	residente a		Prov.		CAP	
	in Via					
	Codice Fiscale					

**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

### 3 ALLEGATI

#### A tal fine allega:

- ☐ Certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;
- ☐ Copia dell'attestazione ISEE ORDINARIO in corso di validità;
- ☐ Copia del documento di identità del richiedente beneficiario in corso di validità;
- ☐ copia del decreto di nomina di tutore/amministratore di sostegno del beneficiario (qualora l'istanza sia presentata per soggetto amministrato).

## COMUNICA

### 4 ACCREDITO

#### Si richiede che il pagamento del contributo venga effettuato tramite:

- ☐ contanti presso il BANCO DI SARDEGNA
- ☐ Accredito sul conto corrente bancario (intestato/cointestato al beneficiario) di cui si riporta il codice IBAN:

<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**

