

MODULO DOMANDA

Legge Regionale n. 5/2019

CONTRIBUTO ECONOMICO A FAVORE DI SOGGETTI AFFETTI DA SINDROME FIBROMIALGICA (SFM) – ANNO 2024

AL RESPONSABILE
DEL SERVIZIO SOCIALE
COMUNE DI PERFUGAS

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000

1 dati del richiedente e/o titolare dell'intervento	Il/La sottoscritto/a <input type="text"/>
	nato/a a <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> il <input type="text"/>
	residente a <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> CAP <input type="text"/>
	in Via <input type="text"/>
	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 di¹

relazione di parentela

indicare grado di parentela con il destinatario se diverso dal richiedente

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

¹ 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 30 Aprile 2024², attestante la diagnosi di fibromialgia, redatta dal medico specialista;
- 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: ☐ informativa sulla privacy
- ☐ 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:

² 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

