

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 [] 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 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 [] 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 veritieri, 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
[redatto]
- e) Di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo;

ALLEGA

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

COMUNICA

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

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

