**All’ Ufficio Servizi Sociali del**

**Comune di Padria**

**OGGETTO**: **RICHIESTA CONCESSIONE SOSTEGNO ECONOMICO UNA TANTUM, DENOMINATO “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) – ANNO 2023**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **residente a Padria** in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che gli/le venga concesso un i **“SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) – ANNO 2023”**.

**DICHIARA**

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, l’Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall’art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000.

Che il proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| nr. | Cognome e Nome | Luogo e data di nascita | Codice Fiscale | Grado di parentela con il dichiarante  |
|  | *Dichiarante:* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Che il dichiarante è in possesso di un **ISEE** in corso di validità di un importo pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Che il dichiarante è in possesso di una certificazione medica, di data non successiva al 23 dicembre 2022 (data di entrata in vigore della L.R. n. 22/2022 - come indicato nell’allegato alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 7/12 del 28.02.2023), attestante la diagnosi di fibromialgia;

A tal fine allega alla domanda la seguente documentazione (documentazione OBBLIGATORIA da allegare alla domanda)

1. Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità e dell’eventuale delegato alla riscossione del beneficio.
2. Certificazione medica, di data non successiva al 23 dicembre 2022 (data di entrata in vigore della L.R. n. 22/2022 - come indicato nell’allegato alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 7/12 del 28.02.2023), attestante la diagnosi di fibromialgia; (la predetta certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista (reumatologo, ortopedico, fisiatra) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista).
3. Copia dell’attestazione ISEE in corso di validità (rilasciato nell’anno 2023);

Il sottoscritto anorma del D.L. 201/2011, **richiede che il pagamento venga effettuato tramite:**

 Accredito su c.c. bancario/postale (intestato/cointestato al richiedente) codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

I dati personali comunicati nelle istanze di ammissione all'agevolazione e quelli riportati nella documentazione allegata, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs. n.196/2003 e degli artt. 12 e 13 del Regolamento UE 2016/679.

Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza.

 L'utilizzo dei dati richiesti ha come finalità quella connessa alla gestione della procedura per l'erogazione dell'intervento ai sensi del presente bando e pertanto il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio

Padria, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL DICHIARANTE

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_