

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ (Prov. _____) il _____
residente a _____ in Via _____ n° _____
telefono _____, email _____

☐ Richiedente;

☐ Rappresentante Legale

del/della Sig./ra _____ nato/a il _____ a (Prov. _____) e residente nel Comune di _____
 _____ in Via/ _____ n. _____
 tel. _____ C.F. _____

☐ La concessione dell'indennità regionale fibromialgia (IRF)

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità:

- ☐ di essere residente a Soleminis;
- ☐ di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia.
- ☐ di aver ricevuto completa informativa in relazione al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e GDPR UE 2016/679, e di averne preso visione.
- ☐ di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa in materia di tutela della privacy.
- ☐ l'IBAN (intestato o cointestato al destinatario) sul quale dovrà essere liquidato il rimborso:

[illegible]

☐ certificazione medica attestante la sindrome fibromialgia di data non successiva al 30.04.2025*;

☐ la Certificazione ISEE di tipo SOCIOSANITARIO in corso di validità.

Firma

* la 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;