

<p>COMUNE DI TETI</p> 	<h1>COMUNE DI TETI</h1> <h2>PROVINCIA DI NUORO</h2> <p>*****</p> <p>Corso Italia n. 63 - C.A.P. 08030 Tel. 0784/68023 - Fax. 0784/68229 Cod. Fiscale 81000970913 - Part. I.V.A. 00716030911 Sito Web - www.comune.teti.nu.it</p> <p>AREA SOCIO-CULTURALE, PUBBLICA ISTRUZIONE E SPORT</p> <p>*****</p>
---	--

**AL SERVIZIO SOCIO-CULTURALE, P.I. E SPORT
DEL COMUNE DI TETI**

OGGETTO: INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” - (IRF) - Legge Regionale 18 gennaio 2019, n. 5 e s.m.i., art. 7-bis, commi 1 e 2. Nuove istanze Annualità 2025.

Il/La sottoscritto/a nato/a a.....il

Residente a in Via n°.....

Tel./cell. n°..... email

Codice Fiscale _____

In qualità di:

- Destinatario
- Legale Rappresentante
- Altro familiare (indicare il grado di parentela) _____

Del proprio congiunto

indicare cognome e nome _____ - _____ (indicare il grado di parentela);
 nato/a _____ il _____ e residente a Teti;
 Via/Vico/Corso _____ . n. _____;

CHIEDE

- Di poter beneficiare del sostegno economico relativo all’indennità regionale fibromialgia -IRF- ai sensi della L.R. n. 5/2019 e s.m.i. - D.G.R. N. 9/22 del 12 febbraio 2025, relativo all’annualità 2025.

A TAL FINE

consapevole che, ai sensi dell’art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall’art. 77 del medesimo D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

- di essere residente nel Comune di Teti;
- di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;
- di essere in possesso dell'Attestazione Isee anno 2025;
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- di aver preso visione dell'informativa inerente al trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse al presente procedimento e di averla compresa in tutte le sue parti.

Allega alla presente:

- Copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità;
- Certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia avente data non successiva al 30 aprile 2025 e rilasciato 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 o libero professionista;
- Attestazione ISEE anno 2025.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Teti, Li _____

IL DICHIARANTE

Firma _____