

**COMUNE DI LOIRI PORTO SAN PAOLO**

**PROVINCIA DI SASSARI ZONA OMOGENEA OLBIA – TEMPIO VIA DANTE A. N. 28 - 07020 LOIRI PORTO SAN PAOLO (SS)**

***AREA SOCIO - CULTURALE***

**SERVIZIO SOCIALE - POLITICHE GIOVANILI - PUBBLICA ISTRUZIONE - CULTURA - SPORT - SPETTACOLO - TURISMO**

SERVIZIO SOCIALE

**Oggetto:** Richiesta Provvidenze di cui **Indennità regionale fibromialgia 2025**

***(nome beneficiaria*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

La sottoscritta:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome Nome** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Residente a Loiri Porto San Paolo via/loc** |  |

# in qualità di

* destinataria della provvidenza/prestazione
* famigliare
* incaricato/a della tutela (tutore, amministratore di sostegno, curatore)
* altro della persona beneficiaria della provvidenza/prestazione

**della BENEFICIARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome Nome** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Residente a Loiri Porto San Paolo via/loc** |  |

ai sensi dell’art. 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

# CHIEDE

(barrare la casella interessata)

* di accedere all’indennità in quanto già beneficiaria della misura nel 2024 allegando l’isee 2025;

o

* di accedere dell’indennità per l’anno 2025

**DICHIARA**

* di essere in possesso della certificazione medica, attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata in data non successiva al 30.04.2025;
* di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità;
* che l’ISEE del proprio nucleo famigliare relativo all’ anno in corso è pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di aver preso visione dell’informativa privacy pubblicata sul sito web istituzionale [clicca qui.](https://www.comune.loiriportosanpaolo.ss.it/privacy)
* Di avere contezza del che il riconoscimento e la liquidazione del contributo avverrà secondo i tempi e i modi previsti dalla Regione Autonoma della Sardegna, a seguito di presentazione delle spese ammissibili
* che gli eventuali contributi economici dovranno essere erogati a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# IBAN

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paese** | **Cin Eur** | **Cin** | **ABI** | **CAB** | **Numero conto corrente** |
|  |  |  |  |  |  |

Allega i seguenti documenti:

* di essere in possesso della certificazione medica, attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata in data non successiva al 30.04.2025 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”);
* Copia del documento di identità personale e del Codice Fiscale o tessera Sanitaria;
* Copia Codice IBAN.

# Data Firma