



Amministrazione destinataria

Comune di Alghero

Ufficio destinatario

Ufficio politiche sociali - Punto accesso  
Servizi Sociali (PASS)

## Domanda di indennità regionale per la fibromialgia

*Ai sensi della Legge regionale 18/01/2019, n. 5*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

### Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente soggetto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP

### in qualità di (\*)

Ruolo

In qualità di (\*):

*amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale*

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Alghero
- di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia

- di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

### CHIEDE

di poter beneficiare del sostegno economico relativo all'indennità regionale fibromialgia -IRF- ai sensi della L.R. n. 5/2019, come modificata dall'art. 12 della L.R. n. 22/2022 a sua volta rettificata dal Dgr n.10/39 del 16 marzo 2023, sotto forma di sostegno economico una tantum e che il pagamento sia effettuato nelle seguenti modalità

#### domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

- il sottoscritto è intestatario del conto corrente
- l'intestatario del conto corrente è

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia dell'attestazione ISEE
- certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciato da un medico specialista
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Alghero

Luogo

Data

il dichiarante