

|   |  |
|---|--|
| <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<br/>Tel. 0784/68023 - Fax. 0784/68229<br/>Cod. Fiscale 81000970913 - Part. I.V.A. 00716030911<br/>Sito Web - <a href="http://www.comune.teti.nu.it">www.comune.teti.nu.it</a></p> <p><b>AREA SOCIO-CULTURALE, PUBBLICA ISTRUZIONE E SPORT</b></p> <p>*****</p> |
|---|--|

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

**OGGETTO: INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” - (IRF) L.R. 5/2019 SS.MM.II “DISPOSIZIONI PER IL RICONOSCIMENTO, LA DIAGNOSI E LA CURA DELLA FIBROMIALGIA” COME MODIFICATA DALL’ART. 12 DELLA LEGGE REGIONALE N. 22 DEL 12 DICEMBRE 2022. Rinnovo beneficiari 2023, Annualità 2024.**

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, come modificata dall’art. 12 della L.R. n. 22/2022 - D.G.R. N. 7/12 del 28 febbraio 2023 rettificata dalla D.G.R. n. 10/39 del 16 marzo 2023, sotto forma di sostegno economico una tantum:

- ANNO 2024

**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 aver presentato istanza per l'accesso al contributo Indennità Regionale Fibromialgia per l'anno 2023;
- che la certificazione sanitaria attestante la diagnosi di fibromialgia, presentata nell'anno 2023, sia ancora valida per l'anno 2024;
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- di essere in possesso dell'Attestazione Isee anno 2024;
- 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;
- di voler ricevere il contributo spettante mediante accredito su c/c indicato in allegato.

**Allega alla presente:**

- Attestazione ISEE anno 2024;
- Copia IBAN con l'indicazione dei soggetti intestatari (non si accettano IBAN scritti a mano ma solo documenti stampati con intestazione della Banca/Posta).

**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 \_\_\_\_\_