



COMUNE di PUTIFIGARI
Provincia di Sassari
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

PROTOCOLLO N. _____ DEL _____

**MODULO DOMANDA
LEGGE REGIONALE n°5/2019
CONTRIBUTO ECONOMICO A FAVORE DI SOGGETTI AFFETTI DA
SINDROME FIBROMIALGICA (SFM)**

Alla C.A.
del Responsabile dei Servizi Sociali
del COMUNE DI PUTIFIGARI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000

1 Dati del richiedente e/o titolare dell'intervento	Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / ____ residente a _____ (Prov. ____) Via _____ n. ____ Tel. _____ Codice Fiscale _____
--	---

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 e successive modifiche ed integrazioni, sulla responsabilità penale per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, da parte dell'Autorità finanziaria, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, sotto la personale responsabilità

CHIEDE

▪ **IN SUO FAVORE**

▪ IN FAVORE DI (1) relazione di parentela _____ (1) SOLO in caso il titolare della patologia fibromialgica sia amministrato	
2 Dati del TITOLARE SFM (se diverso dal richiedente)	Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / ____ residente a _____ (Prov. ____) Via _____ n. ____ Tel. _____ Codice Fiscale _____

di poter beneficiare del contributo economico una TANTUM previsto dalla **L.R. 18 GENNAIO 2019 N° 5 E L.R. 12 DICEMBRE 2022 N°22 a favore di soggetti affetti da sindrome fibromialgica (SFM)**, consapevole che l'erogazione dei singoli contributi agli aventi diritto avverrà nei limiti delle risorse assegnate dalla Regione, e dal momento in cui tali somme siano diventate contabilmente disponibili.

Tali somme non potranno essere erogate né pretese dai beneficiari fino al determinarsi di tali condizioni.

DICHIARA

- a) di essere residente nel **Comune di Putifigari** ;
- b) di essere in possesso della certificazione medica, di data non successiva al **12 dicembre 2022 (data di entrata in vigore della L.R. n. 22/2022) per l'anno 2023** e di **data non successiva al 30.4.2024 per l'anno 2024**, attestante la diagnosi di fibromi algia , rilasciata da un medico specialista (non da un medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;
- c) di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa per la diagnosi di fibromialgia;
- d) di essere in possesso di un ISEE Ordinario anno 2023 in corso di validità di importo pari ad Euro _____;
- e) di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo.

ALLEGA

3 ALLEGATI	A tal fine allega: ▪ Certificazione medica attestante la diagnosi difibromialgia; ▪ Copia dell'attestazione ISEE ORDINARIO anno 2023; ▪ Copia del documento di identità del richiedente beneficiario in corso di validità; ▪ copia del decreto di nomina di tutore/amministratore di sostegno ▪ del beneficiario (qualora l'istanza sia presentata per soggetto amministrato).
--	---

CHIEDE

[illegible]

Il/la Dichiarante

Luogo e data

(firma leggibile per esteso)

SI PRECISA CHE:

1. L'Amministrazione si riserva la facoltà di fare eseguire le opportune indagini sulla veridicità di tutte le dichiarazioni effettuate sul

presente modulo anche attraverso l'utilizzo delle banche dati messe a disposizione dalle Amministrazioni Statali;

2. le dichiarazioni non rispondenti al vero, oltre a comportare la decadenza del beneficio, verranno perseguite penalmente ai sensi dell'art. 71, 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA ALTRESÌ

di aver preso visione dell'informativa inerente al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 679/2016) pubblicata sul sito istituzionale del **Comune di Putifigari** e allegata all'Avviso Pubblico della presente Misura di Solidarietà alimentare e di sostegno alle famiglie per il pagamento delle utenze domestiche art. 53 DL 73/2021 e di averne compreso l'intero contenuto.

CONSENSO TRATTAMENTO DATI

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di avere ricevuto, letto ed approvato l'informativa in materia di trattamento dei dati personali di seguito riportata, di averne recepito i principi nonché di aver appreso i propri diritti e la modalità con cui potranno essere fatti valere nell'ambito del trattamento dei propri dati personali e con la sottoscrizione esprime liberamente, manifestamente ed inequivocabilmente il proprio consenso al trattamento medesimo con le modalità e per le finalità di cui all' informativa ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003.

Il/la Dichiarante

(firma leggibile per esteso)

Luogo e data _____