COMUNE DI MOGORO
(Provincia di Oristano)

COMUNU DE MÒGURU
(Provincia de Aristanis)

Servizio Sociale

All. C det. n.45/SS del 12.03.2025

DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO A DECORRERE DAL 18.03.2025 FINO AL 30.04.2025.

Al Responsabile dell'ufficio di Servizio Sociale
Del Comune di
MOGORO

OGGETTO	**"INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) - ANNUALITA' 2025 – CONFERMA REQUISITI DATI DICHIARATI ISTANZA 2024.**

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a _____ il _____,

residente a Mogoro, Via/ Piazza _____ n° _____,

Codice fiscale _____,

Cellulare _____ (obbligatorio),

e-mail o PEC _____@_____

In qualità di:

- □ destinatario del programma;
- □ amministratore di sostegno del beneficiario: _____;
- □ familiare di riferimento del beneficiario: _____;
- □ genitore del minore: _____;

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000,

□ Di confermare i requisiti richiesti per l'accesso alla misura, "indennità regionale fibromialgia" (IRF)**)**;

□ Che la certificazione sanitaria attestante la diagnosi di fibromialgia presentata al comune per l'accesso al beneficio è ancora valida per l'anno 2025;

□ Di NON beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

□ Di essere in possesso del certificato ISEE sociosanitario 2025 (**oppure Isee ordinario o Isee corrente)**;

□ Di essere a conoscenza che solo a seguito della presentazione delle pezze giustificative attestanti le spese sostenute per la patologia fibromialgica, (utilizzando il modulo allegato D alla det. n.45/SS del 12.03.2025 e presentandolo a decorrere dal 05.01.2026 fino al 16.01.2026), si potrà procedere alla liquidazione del beneficio fino a un massimo di € 800,00 e comunque solo a seguito dell'avvenuto trasferimento delle risorse assegnate da parte della Regione Sardegna;

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

a. certificato ISEE 2025 sociosanitario (oppure Isee ordinario o Isee corrente);
b. un documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;

CHIEDE

□ che il versamento delle somme concesse per l'anno 2025 sia effettuato utilizzando la stessa modalità adottata nell'anno 2024;
□ che il versamento delle somme concesse per l'anno 2025 sia effettuato utilizzando i nuovi dati così di seguito citati:
□ Tramite accredito al c/c Bancario o Postale intestato al beneficiario e/o cointestato;

IBAN:

I	**T**																									

(Allega copia coordinate c/c Bancarie o Postali)

AUTORIZZA

il Comune di Mogoro all'accesso, utilizzo e trattamento dei dati nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii., e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

IL/LA SOTTOSCRITTA DICHIARA INOLTRE:

1. di aver preso visione dell'informativa privacy presente sul sito web del Comune di Mogoro;

Mogoro _____

_____

Firma del richiedente (per esteso e leggibile)