Al Comune di Genoni

Servizi Sociali

**ATTENZIONE: COMPILARE IL MODULO IN TUTTE**

**LE SUE PARTI, PENA INAMISSIBILITA’DOMANDA**

**OGGETTO: CONCESSIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE DENOMINATE “INDENNITA’ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)”.**

**ANNUALITA’ 2023 E 2024 - ANNO 2024**

Il/lasottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/aa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov.\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in Genoni in via/vico/piazza/loc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_, codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(inserire necessariamente un numero cellulare)***

***Per sé o in favore di***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov.\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in Tuili in via/vico/piazza/loc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_, codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede**

di poter beneficiare del contributo in oggetto;

*A tale fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445, consapevole sia delle sanzioni penali previste dall’art. 76 dello stesso DPR 445/2000 nell’ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci, sia che l’Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione come previsto dall’art. 11, comma 3, D.P.R. 20.10.1998 n. 403;*

DICHIARA

***(barrare tutte le caselle corrispondenti ad affermazioni che riguardino il richiedente)***

* Di essere residente nel Comune di Genoni;
* Di essere cittadino/a italiano/a
* Di essere cittadino/a di altro Stato non europeo in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere cittadino di altro Stato Europeo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere affetto da fibromialgia;
* Di non beneficiare di contributi per gli stessi fini provenienti da programmi di interventi simili;
* 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.
* Di allegare la seguente documentazione essenziale e necessaria, pena inammissibilità della domanda:
	+ Certificazione ISEE 2024 in corso di validità;
	+ Certificazione specialistica attestante la patologia di fibromialgia non successiva al 30 aprile 2024;
	+ Copia di un documento di identità del richiedente in corso di validità;

CHIEDE inoltre che il contributo venga erogato in una delle seguenti modalità:

( ) Pagamento diretto AL BENEFICIARIO allo sportello bancario

( ) Pagamento su c/c codice IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il conto deve essere almeno cointestato al beneficiario.

***SI AVVERTE CHE A NORMA DI LEGGE L’AMMINISTRZIONE SI RISERVA LA FACOLTA’ DI ESEGUIRE LE OPPORTUNE INDAGINI SULLA VERIDICITA’ DELLE DICHIARAZIONI PRESENTATE.***

Genoni\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_