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’ 2025**

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*

*ovvero*

* *In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del/la signor/a*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
* Che l’ISEE sociosanitario 2025 è pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* 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 essere informato che i dati anonimizzati relativi alla domanda presentata saranno inviati alla Direzione generale delle Politiche Sociali, tramite il sistema informativo SIPSO.
* Di allegare la seguente documentazione essenziale e necessaria, pena l’inammissibilità della domanda:
  + Certificazione ISEE 2025 in corso di validità;
  + Certificazione specialistica rilasciata da reumatologo, ortopedico o fisiatra attestante la patologia di fibromialgia non successiva al 30 aprile 2025;
  + Copia di un documento di identità del richiedente in corso di validità;

Genoni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_