Al Comune di Genoni

Servizi Sociali

**ATTENZIONE: COMPILARE IL MODULO IN TUTTE**

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

**OGGETTO:** Richiesta liquidazione provvidenze economiche denominate “indennità regionale fibromialgia (IRF)” per l’annualità 2025.

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/aa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov.\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in Genoni in via/vico/piazza/località\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_,codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Che le vengano liquidate le provvidenze economiche L. R. n. 5/2019, come modificata dall’art. 12/7 bis della L. R. 22/2022 e dalla L. R. n. 18/2024, art. 1, comma 9**

* **Per sé**
* **In favore di**

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

*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**

* Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità ossia per la diagnosi di fibromialgia;

Che le spese sostenute sono di seguito indicate:

|  |  |
| --- | --- |
| Acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona | € |
| Acquisizione di servizi professionali educativi | € |
| Spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante | € |
| Accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale | € |
| Spese di soggiorno, per non più di 30 giorni nell’arco di un anno, presso strutture sociali autorizzate o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale | € |
| Spese per l’acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale | € |
| Acquisizione di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgica non forniti dal servizio sanitario regionale | € |
| Totale | € |

**CHIEDE**

inoltre, che il contributo venga erogato nel modo seguente:

* Pagamento su c/c \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

codice IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il conto deve essere almeno cointestato al beneficiario.

Allega la seguente documentazione

* Pezze giustificative delle spese sostenute
* Documento d’identità

**DICHIARA** di essere informato che i dati anonimizzati relativi alla domanda presentata saranno inviati alla Direzione generale delle Politiche Sociali, tramite il sistema informativo SIPSO.

**DICHIARA,** 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.

.

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

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