|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LOGO FLUSSIO | **Comune di Flussio**  Provincia di Oristano  Tel. 0785/34805 Fax 0785/34814  e-mail [servizisociali@comune.flussio.or.it](mailto:servizisociali@comune.flussio.or.it)  pec [servsociali@pec.comune.flussio.or.it](mailto:servsociali@pec.comune.flussio.or.it) |  |  |

**SCADENZA 30 APRILE 2025**

***OGGETTO****: RICHIESTA “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA”- IRF – 2025.*

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, residente a Flussio Prov. (Or) in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

***Il sostegno economico IRF ai sensi della L.R. n. 5/2019******, come modificata dall’art. 12 della L.R. n. 22/2022***

*in suo favore*

in favore di (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov.di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, residente a Flussio in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

1. Di essere residente nel Comune di Flussio;
2. Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia in data non successiva al 30 aprile 2024;
3. Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

**Allega alla presente:**

* Certificato rilasciato da un medico specialista di data non successiva al 30 aprile 2024, attestante la diagnosi di fibromialgia;
* Copia documento di Identità e Codice Fiscale;
* Attestazione ISEE 2025;
* Codice IBAN.
* Eventuale copia conforme all’originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;

Flussio lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Firma del richiedente)*