



Comune di Flussio
Provincia di Oristano
Tel. 0785/34805 Fax 0785/34814
e-mail servizisociali@comune.flussio.or.it
pec servsociali@pec.comune.flussio.or.it

SCADENZA 30 APRILE 2024

OGGETTO: RICHIESTA "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA"- IRF – 2024.

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 2024;
- 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)