

Modulo di domanda per la concessione del sostegno economico “Indennità Regionale Fibromialgia”

L.R. n. 5 del 2019 art 7 bis e L.R. n. 22 del 2022 art. 12

Al Comune di Villaurbana

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____ (____) Il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____ Residente a _____ (Prov.) _____

in via/p.zza _____ n. _____ Telefono _____

mail/pec: _____

CHIEDE

In qualità di soggetto affetto da fibromialgia diagnosticata in data antecedente al 12 dicembre 2022 - di poter usufruire delle provvidenze di cui alla **L.R. n. 5 del 2019 “Disposizioni per il riconoscimento, la diagnosi e la cura della fibromialgia” art 7 bis** – così come modificata dall’art. 12 della **L.R. n. 22 del 2022**

DICHIARA

Ai sensi dell’art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445

- a) di essere nato a _____ il _____
- b) di essere residente nel Comune di _____;
- c) di essere in possesso di certificazione medica rilasciata in data _____ dal medico **specialista** in _____ abilitato all’esercizio della professione e iscritto all’albo - predisposto sulla base del fac-simile di certificazione predisposto dal Comune di Villaurbana come da allegato alla presente ;
- d) che il proprio ISEE Ordinario 2023 è pari a € _____ come da allegato alla presente;
- e) di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

DICHIARA

- 1. di essere informato, in caso di concessione del suddetto contributo che vi è **l’obbligo di comunicare al Comune l’eventuale sopravvenuta perdita dei requisiti per l’accesso alla presente misura** ;
- 2. di impegnarsi a comunicare anche per l’anno 2024 l’attestazione ISEE Ordinario e qualsiasi altra variazione che dovesse intervenire successivamente alla presente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione;
- 3. di essere consapevole, secondo quanto prescritto dall’art. 76 del DPR n. 445/2000, delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità.

4. di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 D. lgs 30.06.2003, n.196, del regolamento UE 2016/679 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
5. di aver preso visione dell'Informativa Privacy del Comune di Villaurbana allegata al presente modulo/ domanda relativo al sostegno economico denominato "Indennità Regionale Fibromialgia (IRF), e di averla compresa in tutte le sue parti.

Villaurbana, _____

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

Allegati alla presente:

- ☐ fotocopia documento di identità
- ☐ Certificazione medica in originale attestante la diagnosi di fibromialgia in data antecedente al 12 dicembre 2022
- ☐ informativa sulla privacy
- ☐ ISEE Ordinario 2023