


Amministrazione destinataria

Comune di Porto Torres

Ufficio destinatario
Domanda o rinnovo del contributo per l'indennità regionale fibromialgia (IRF)
Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento
(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)
Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

la concessione del contributo per l'indennità regionale fibromialgia (IRF) ai sensi della L.R. 18 gennaio 2019, n. 5

- nuovo progetto
 rinnovo del progetto

per l'anno

Soggetto interessato

- per sé stesso
 per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)											
<input type="text"/>											

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia.

- di aver presentato presso il centro di assistenza fiscale o all'INPS la dichiarazione sostitutiva unica valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate o per l'accesso agevolato ai servizi di pubblica utilità (ISEE)

Valore ISEE Ordinario

Data di rilascio

Numero di protocollo DSU (es. INPS-ISEE-2025-01234567A-00)

€

- di non aver presentato presso il centro di assistenza fiscale o all'INPS la dichiarazione sostitutiva unica valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate o per l'accesso agevolato ai servizi di pubblica utilità (ISEE)

CHIEDE INOLTRE

- che il contributo venga erogato con la medesima modalità dell'anno precedente a quello in corso. In caso di variazione della modalità è necessario farne specifica richiesta all' Ufficio Amministrativo

- che il contributo venga erogato mediante accredito postale, bancario o carta prepagata

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

- il sottoscritto è intestatario del conto corrente

- l'intestatario del conto corrente è

Cognome

Nome

Codice Fiscale

- che il contributo venga erogato tramite rimessa diretta

(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia dell'atto di delega (solo per beneficiari maggiorenni)
- copia del documento d'identità del beneficiario
(familiare o tutelato)
- copia dell'attestazione ISEE
- documentazione sanitaria specialistica (solo per i nuovi progetti)
- copia del decreto di nomina dell'amministratore di sostegno in corso di validità
- documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Porto Torres

Luogo

Data

il dichiarante