

Oggetto: Richiesta Provvidenze di cui **Indennità regionale fibromialgia 2025**
(nome beneficiaria) _____

La sottoscritta:

Cognome Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Telefono	
Residente a Loiri Porto San Paolo via/loc	

in qualità di

- destinataria della provvidenza/prestazione
- familiare
- incaricato/a della tutela (tutore, amministratore di sostegno, curatore)
- altro _____ della persona beneficiaria della provvidenza/prestazione

della BENEFICIARIA

Cognome Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Telefono	
Residente a Loiri Porto San Paolo via/loc	

ai sensi dell'art. 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

CHIEDE
(barrare la casella interessata)

- di accedere all'indennità in quanto già beneficiaria della misura nel 2024 allegando l'isee 2025
- _____
- di accedere dell'indennità per l'anno 2025

DICHIARA

- di essere in possesso della certificazione medica, attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata in data non successiva al 30.04.2025;
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità;
- che l'ISEE del proprio nucleo familiare relativo all' anno in corso è pari a _____

- di aver preso visione dell'informativa privacy;
- Di avere contezza del che il riconoscimento e la liquidazione del contributo avverrà secondo i tempi e i modi previsti dalla Regione Autonoma della Sardegna, a seguito di presentazione delle spese ammissibili;

Allega i seguenti documenti **OBBLIGATORI**:

- Certificazione medica, attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata in data non successiva al 30.04.2025 da un medico specialista (non da un medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista");
- Copia del documento di identità personale e del Codice Fiscale o tessera Sanitaria;
- Copia Codice IBAN del beneficiario;
- Spese destinate a interventi di carattere sanitario per la quale richiede il rimborso (Vedi Bando)
- ISEE 2025.

Data_____

Firma _____