**Al Comune di Posada**

**Ufficio Servizio Socio Assistenziale**

**OGGETTO: Richiesta di concessione indennità regionale fibromialgia. Anno 2024. Prima Istanza.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **CHIEDE**

 per sé;

oppure in qualità di:

 familiare

 Tutore/ amministratore di sostegno del/della Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Di poter beneficiare per la prima volta dell’indennità regionale “Fibromialgia anno 2024” ai sensi della L.R. n. 5/2019 e s.m.i.**

**DICHIARA**

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, l’Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall’art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000,

 Di essere residente nel Comune di Posada;

 Di essere in possesso di una certificazione sanitaria attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata entro la data del 30 aprile 2024 da un medico specialista abilitato all’esercizio della professione ed iscritto all’albo;

 Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

 **DICHIARA INOLTRE**

 Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nella presente richiesta.

Il sottoscritto richiede che il pagamento venga effettuato tramite:

🞎 contanti presso la Tesoreria Comunale o le Agenzie del Banco di Sardegna

🞎 Accredito su c.c. bancario/postale (intestato/cointestato al richiedente) codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I** | **T** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Allega:**

 Copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario in corso di validità;

 certificazione medica rilasciata dallo specialista entro la data del 30/04/2024;

 copia Isee ordinario in corso di validità;

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY**

Il/ la sottoscritta dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

1. le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi, nei casi previsti dalla Legge sono puniti dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia (art.75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000);

2. i dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per i fini istituzionali dell’amministrazione procedente e competenze, in applicazione del D.Lgs. n. 196 del 2003 e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e saranno trattati anche attraverso strumenti informatici automatizzati;

3. Essi potranno essere comunicati a istituti pubblici o privati sempre nell’ambito delle funzioni istituzionali nell’interesse del/la sottoscritto/a e dei beneficiari;

4. I dati non saranno comunicati a terzi né saranno diffusi.

5. l’indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, telefono e mail è necessaria per l’accesso ai contributi di cui alla presente istanza.

 **DIRITTI DELL’NTERESSATO**

In ogni momento, lei potrà esercitare ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

a) chiedere la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali;

b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;

c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;

e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;

f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;

g) opporsi al processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;

h) chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

l) proporre reclamo a una autorità di controllo.

 **MANIFESTAZIONE DI CONSENSO**

Io sottoscritto/a alla luce dell’informativa ricevuta sottoscrivendo tale modulo ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali per i fini istituzionali dell’amministrazione competente e con le modalità indicate nell’informativa fornitami con il presente documento.

Posada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_