

Oggetto: RICHIESTA CONCESSIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) PER L’ANNO 2026. SCADENZA PRESENTAZIONE ISTANZE: 30 APRILE 2026.

Il Sottoscritto/a _____

Nato/ a _____ il ____/____/____

Residente a Pau in Via _____ n. _____

Numero di telefono _____ Email _____

Codice fiscale																	
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di (barrare la voce interessata):

☐ diretto interessato ☐ esercente patria potestà ☐ tutore/curatore ☐ amministratore di sostegno

CHIEDE

☐ per se stesso

oppure

☐ In nome e per conto di (indicare se diverso dal richiedente i dati del soggetto Beneficiario)

_____ Nato/a _____

Il ____/____/____ e residente in Pau nella Via _____

Codice fiscale																	
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

la concessione del sostegno economico denominato Indennità Regionale Fibromialgia (IRF) annualità 2026

A tal fine, DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione di atti falsi e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del

D.P.R. del 28/12/2000 n.445 e ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000:

☐ di essere residente nel comune di Pau;

☐ di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata in data _____, da un medico specialista abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico, che convenzionato, che libero professionista;

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

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo;

☐ di impegnarsi a presentare **entro il 01/12/2026** la documentazione di spesa sostenuta nel 2026 necessaria ai fini della liquidazione del contributo;

☐ di aver preso visione dell'avviso pubblico redatto secondo le nuove linee guida regionali, in particolare nella parte in cui stabilisce che il contributo di massimo € 800,00, viene riconosciuto a titolo di rimborso in base alle spese ammissibili, e rapportato alla situazione economica misurata in ragione delle soglie ISEE;

☐ di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati ivi allegata.

A tale scopo allega i seguenti documenti OBBLIGATORI:

-copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e/o del suo rappresentante legale;

-copia dell'attestazione **ISEE** in corso di validità;

-copia della certificazione medica con diagnosi di fibromialgia (la stessa deve riportare una data non successiva la 30 aprile dell'anno in cui si presenta la domanda, e deve essere rilasciata da un medico specialista (non medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione, iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;

-copia del codice IBAN con l'indicazione dell'intestatario.

Pau, _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
MODULO PER LA COMUNICAZIONE DELLA MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente a _____, in via _____,
C/F _____, tel _____ email _____

in qualità di *(barrare la voce interessata)*

☐ beneficiario;

☐ esercente la patria potestà di _____ nato a _____
il _____ C.F.: _____;

☐ incaricato della tutela/curatela/amministrazione di sostegno di _____ nato
a _____ il _____ C.F.: _____ **(allegare decreto di nomina del
tribunale).**

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000;

DICHIARA (ai sensi del comma 7 dello stesso art.3)

Di scegliere come modalità di pagamento di quanto dovuto dal Comune di Pau ai fini dei rimborsi previsti: *(barrare una delle seguenti modalità di pagamento)*

☐ Quietanza diretta in denaro contante intestata al sottoscritto da ritirare presso il Tesoriere Banco di Sardegna di Pau;

☐ Quietanza diretta in denaro contante con delega alla riscossione a favore di _____ nato a _____
il _____ CF: _____ da ritirare presso il
Tesoriere Banco di Sardegna di Pau (allegare carta d'identità del delegante e delegato);

☐ Bonifico bancario presso il conto corrente intestato o cointestato al

sottoscritto: DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTO CORRENTE:

☐ accreditato su c/c postale presso ufficio postale di _____

☐ accreditato su c/c Bancario-Banco di _____ agenzia di _____

2 car.	2 car.	1 car	5 caratteri	5 caratteri	12 caratteri
PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	N° CONTO

Dichiara di essere informato, che ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 196/2003, e del regolamento UE GDPR (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION) N. 2016/679 i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA

**Si allega Documento di Identità in corso di validità del dichiarante e delegato E FOTOCOPIA INTESTAZIONE
RAPPORTO BANCARIO RILASCIATO DALLA BANCA O POSTA**

Informativa sul trattamento dei dati personali

Il Comune di Pau con sede in Pau, in Via San Giorgio n. 17, email: servizisociali@comune.pau.or.it, pec: comune.pau@legalmail.it tel: 0783/939282, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

Informiamo che il trattamento dei dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la dignità e la riservatezza dei dati presenti.

I dati raccolti potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella SARDAT di Baroli Mario Via San Saturnino n. 36 Cap 09170 – Oristano (OR) Telefono +39 3485972663 PEC : sardat@pec.it.

Data _____

Firma _____