

Ufficio dei Servizi Sociali

SCADENZA
22 OTTOBRE 2025

**Oggetto: INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF) ANNO 2025
RICHIESTA PROVVIDENZE ECONOMICHE**

[illegible]

☐ genitore o altro familiare (indicare il grado di parentela _____)

☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno

☐

Cognome _____ Nome _____
 luogo di nascita _____ (_____) data di nascita _____
 codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
 indirizzo _____ n° _____
 telefono _____ cellulare _____
 e-mail _____
 pec _____

☐ di essere residente nel Comune di San Nicolò d’Arcidano;

☐ di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciato in data non successiva al 30 aprile 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;

- ☐ di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- ☐ di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- ☐ di essere in possesso di attestazione ISEE **sociosanitario 2025** o **ordinario 2025** o **corrente 2025**
oppure
- ☐ di aver provveduto a presentare la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) in data _____ con numero di protocollo _____
oppure
- ☐ di aver presentato la richiesta di attestazione in data _____

ATTENZIONE! ai fini dei tempi per l'istruttoria delle pratiche, si stabilisce la data del 10 maggio 2025, quale termine ultimo per la verifica d'ufficio della presenza dell'attestazione ISEE sulla piattaforma INPS. In caso di assenza della certificazione ISEE, qualora si rendesse necessario, sarà applicata la massima decurtazione.

SI IMPEGNA

- ☐ a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Il Dichiarante

ALLEGA

- ☐ copia documento d'identità in corso di validità del dichiarante e del beneficiario, se non coincidenti;
- ☐ certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciato 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 o libero professionista (*obbligatorio*);
- ☐ attestazione **ISEE** (indicatore della situazione economica equivalente) **sociosanitario 2025** o **ordinario 2025** o **corrente 2025** e in corso di validità;
- ☐ in caso di amministratore di sostegno, inabilitazione o interdizione legale del beneficiario, copia del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno.
- ☐ _____

La firma non va autenticata. La dichiarazione è esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 14 della tabella allegato B) del D.P.R. 642/1972.

Allegare fotocopia documento d'identità nel caso di firma non apposta innanzi al dipendente addetto

INFORMATIVA
(articolo 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e artt.13-14 del Regolamento UE 2016/679) (RGPD)
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Tutti i dati personali trasmessi dai candidati con la domanda di partecipazione al concorso saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della presente procedura e verranno utilizzati, anche con modalità automatizzate, per tale scopo nel rispetto di quanto previsto agli artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD) i dati personali conferiti con la domanda saranno trattati con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dallo stesso Regolamento, in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. Il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro mancato inserimento nella domanda di partecipazione al concorso non consente di dar corso al procedimento. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'esecuzione della presente procedura e saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea ed indicati nell'informativa dettagliata. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

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 (artt. 15 e ss. del RGPD) Titolare del trattamento dei dati è il COMUNE DI SAN NICOLÒ D'ARCIDANO.

Responsabile della protezione dei dati è: Soluzione srl – Via G. Oberdan 140 – info@entionline.it; soluzione@legalmail.it Referente RDP: Nadia Corà – consulenza@entionline.it

Consenso del concorrente: Acquisite le sopra riportate informazioni, con la presentazione della domanda di partecipazione al concorso, il concorrente prende atto ed acconsente espressamente al trattamento dei dati personali come sopra definito.

CONSENSO Al trattamento da parte del titolare e del responsabile sopra indicati, dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte.

Data _____

Firma _____

Controllo dichiarazioni sostitutive (articolo 71 del D.P.R. 445/2000)

1. Il/La dichiarante è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000).
2. Qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/La dichiarante decade dai benefici (concessione contributo) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).
3. Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto alla ricezione ovvero sottoscritte e inviate all'ufficio competente, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del/della dichiarante, via fax o tramite un incaricato o a mezzo posta o per via telematica. Se il documento di identità non è più valido l'interessato deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. Le istanze e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se sottoscritte mediante la firma digitale o quando il/La sottoscrittore/trice è identificato/a dal sistema informatico con l'uso della carta di identità elettronica (articolo 38 del D.P.R. 445/2000).

IL SOTTOSCRITTO Dichiara di aver preso visione della informativa sopra riportata e di essere informato del fatto che l'Ente ricevente la presente dichiarazione sostitutiva attiverà i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art.71 del D.P.R.445/2000, e delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni non veritiere.

Data _____

Firma _____