

**OGGETTO: Indennità regionale fibromialgia - annualità 2024.****SCADENZA PRESENTAZIONE ISTANZE 30/04/2024**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

Il riconoscimento dell'*Indennità regionale fibromialgia (IRF)* annualità 2024

- In suo favore
- In favore del sig./sig.ra/ minore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a Donori in Piazza/Via/Vico \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ ;

**DICHIARA**

*per sé o per l'avente diritto, (ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000) **sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:***

- 1) Nel caso in cui non sia beneficiario diretto, di essere:
  - genitore,
  - esercente la potestà o tutela
  - amministratore di sostegno/rappresentante legale del sig./sig.ra/minore per il quale si richiede il riconoscimento del beneficio;
- 2) di essere in possesso della certificazione medica datata (*data non successiva al 30/04/2024*)  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ attestante la diagnosi di fibromialgia;
- 3) che la predetta certificazione è stata rilasciata da 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;
- 4) di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia
- 5) Che nel caso di riconoscimento dei benefici di cui all'oggetto, chiede che il contributo venga erogato:
  - in quietanza diretta (riscossione in contanti presso l'Ufficio Postale) al beneficiario;
  - in quietanza diretta (riscossione in contanti presso l'Ufficio Postale) al delegato/amministratore di sostegno/tutore;

