



Consapevole che il riconoscimento e la liquidazione del contributo avverrà secondo i tempi e i modi previsti dalla Regione Autonoma della Sardegna.

Consapevole, che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.445/2000, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato decreto, è punito ai sensi del C.P. e delle Leggi Speciali in materia:

### **DICHIARA**

- di avere una diagnosi di fibromialgia documentata da certificazione medica;
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia.

**Dichiara inoltre** di essere a conoscenza che in caso di concessione del contributo nel 2023, la domanda presentata per il 2023 sarà considerata valida anche per l'anno 2024, fermo restando l'obbligo di comunicare al comune l'eventuale sopravvenuta modifica o perdita dei requisiti per l'accesso alla misura.

**Di essere consapevole** di dover comunicare tempestivamente al Comune ogni evento che determini qualsiasi variazione dei requisiti di accesso alla presente domanda.

**Si chiede che il pagamento dell'assegno** venga effettuato sul tramite accreditato sul conto corrente bancario o postale avente le seguenti coordinate:

IBAN		Istituto Bancario/Poste:																								
Paese	CIN E.	CIN	ABI				CAB				Numero c/c															

- intestato a nome del/la sottoscritto/a .....
- cointestato tra la/le persona/e richiedente/i l'assegno e il Sig./Sig.ra (nome e cognome)  
.....

**Allega:**

- a) **copia del documento** di identità;
- b) **certificazione medica, di data non successiva al 12 dicembre 2022** (data di entrata in vigore della L.R. n. 22/2022) per l'anno 2023, e di data non successiva al 30 aprile 2024 per l'anno 2024, attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata 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.
- c) **attestazione ISEE ORDINARIO** anno 2023, oppure quello dell'anno 2024 per il beneficio da concedere nel 2024, di cui si terrà conto ai fini dell'erogazione del contributo nel caso in cui le risorse disponibili per l'anno 2023 e per il 2024 dovessero risultare insufficienti in relazione agli aventi diritto.

Escalaplano \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_