

**OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO
“INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) ai sensi dell’art. 12 della L.R. n.
22/2022 2022 e ss.mm.ii. – CONFERMA REQUISITI ANNO 2024.**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov.
_____ il _____ residente a _____ (OR) Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____
tel. _____ cell _____ e-mail _____

CHIEDE

la concessione del sostegno economico denominato “Indennità regionale fibromialgia” (IRF) per l’annualità 2024 ai sensi delle D.G.R. nn. 07/12 del 28/02/2023 e 10/39 del 16.03.2023,

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 (artt. 46 e 47), sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione (art. 75 “decadenza benefici” e 76 “norme penali” D.P.R. 445/2000):

DICHIARA

- In relazione al sostegno economico denominato “Indennità regionale Fibromialgia (IRF) anni 2023-2024”, ai sensi dell’art. 7-bis della Legge regionale n. 22/2022, in parte modificata dalla DGR n. 10/39 del 16.03.2023, **la permanenza per l’anno 2024 dei requisiti dichiarati nella domanda 2023;**
- Di aver preso visione dell’informativa inerente il trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse al procedimento e di averle comprese in tutte le loro parti.

A tal fine allega, a pena di esclusione:

- certificazione ISEE in corso di validità anno 2024;
- IBAN con intestatario/i del conto, solo se variato.

San Vero Milis lì _____

Firma
