

Comune di Simaxis

Provincia di Oristano C.A.P. 09088 – Via S. Simaco s.n.c.
E-mail: protocollo@comune.simaxis.or.it Pec: protocollo@pec.comune.simaxis.or.it

AREA SERVIZI SOCIO-CULTURALI

Allegato alla Determinazione n. 48 del 30.03.23

Pag. 1 a 2

ATTENZIONE: Si raccomanda di compilare i moduli in modo leggibile, inserendo tutti i dati richiesti e di apporre la firma in ognuno di essi (3). La presentazione di moduli incompleti, non firmati e/o non debitamente compilati in ogni loro parte, comporta l'ESCLUSIONE dal procedimento.

La richiesta dovrà essere presentata improrogabilmente entro e non oltre il 31/10/2023

Al Comune di Simaxis
Area Socio-Culturale
via San Simaco, n. snc
09088 SIMAXIS - OR

OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE INDENITA' REGIONALE FIBROMIALGIA ANNUALITA' 2023-

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____
(_____) il _____, residente a Simaxis in Via/Pzza/Loc. _____ n° _____
Codice Fiscale _____ Telefono _____ Cell. _____
PEC _____ Email _____

ATTENZIONE: Le eventuali comunicazioni verranno trasmesse all'indirizzo PEC indicato o, in assenza di questo, all'indirizzo email. Si raccomanda, pertanto, di indicarli in maniera chiara e leggibile.

CHIEDE

☐ Per sè

In qualità di:

☐ incaricato della tutela/amministratore di sostegno ☐ genitore ☐ familiare del richiedente di seguito indicato:

_____ nato/a a _____ Prov. _____
(_____) il _____, residente a Simaxis in Via/Pzza/Loc. _____ n° _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

La concessione dell'indennità regionale "Fibromialgia anni 2023" ai sensi dell'art.7-bis della legge regionale n°22/2022, in parte modificate dalla DGR n.10/39 del 16/03/2023.

A tal fine allega, a pena di esclusione:

- ☐ copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
- ☐ la certificazione ISEE in corso di validità;
- ☐ la certificazione medica, di data non successiva al 23 dicembre 2022 (data di entrata in vigore della L.R. n. 22/2022), attestante la diagnosi di fibromialgia; la predetta certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista (reumatologo, ortopedico, fisiatra) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;
- ☐ copia dell'IBAN con intestatario/i del conto;

Simaxis, _____

Firma del richiedente

ATTENZIONE: LA MANCANZA DELLA FIRMA COMPORTA L'ESCLUSIONE DAL PROCEDIMENTO

Comune di Simaxis

Provincia di Oristano C.A.P. 09088 – Via S. Simaco s.n.c.
E-mail: protocollo@comune.simaxis.or.it Pec: protocollo@pec.comune.simaxis.or.it

AREA SERVIZI SOCIO-CULTURALI

Allegato alla Determinazione n. 48 del 30.03.23

Pag. 2 a 2

ATTENZIONE: Si raccomanda di compilare i moduli in modo leggibile, inserendo tutti i dati richiesti e di apporre la firma in ognuno di essi (3). La presentazione di moduli incompleti, non firmati e/o non debitamente compilati in ogni loro parte, comporta l'ESCLUSIONE dal procedimento.

La richiesta dovrà essere presentata improrogabilmente entro e non oltre il 31/10/2023

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 - D.LGS. 196/2003

Ai sensi degli artt. 12 e 13 Regolamento UE n. 679/2016, e del Reg. UE n. 679/2016, ai fini dell'avviso pubblico cui la presente richiesta si riferisce, è titolare del Trattamento il Comune di Simaxis.

Il Comune di Simaxis informa che tutti i dati conferiti saranno trattati, sia su supporto cartaceo che in modalità telematica e informatica, esclusivamente per le attività previste dall'avviso pubblico. Il conferimento dei dati richiesti è necessario per valutare i requisiti di partecipazione ed il possesso dei requisiti e la loro mancata indicazione preclude tale valutazione.

I dati raccolti nell'ambito del procedimento di cui al presente avviso potranno essere oggetto di comunicazione: al personale dipendente dell'Amministrazione, responsabile del procedimento, o comunque in esso coinvolto per ragioni di servizio; a tutti i soggetti aventi titolo, ai sensi della normativa vigente; ai soggetti destinatari di eventuali comunicazioni e pubblicità previste dalle leggi in materia, ivi compresi i competenti Servizi della Regione Autonoma della Sardegna.

Tutti i soggetti coinvolti nelle operazioni di trattamento garantiranno la riservatezza dei dati di tutti gli interessati partecipanti alla presente procedura.

I dati personali saranno conservati finché non saranno più necessari ai fini della presente procedura.

Il richiedente potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 12-22 del Regolamento UE, e dall'art. 7 D.Lgs. n. 196/2003 che qui di seguito si riepilogano: è diritto dell'interessato richiedere in qualsiasi momento la revoca del consenso prestato e l'accesso al trattamento dei propri dati personali, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione o la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge. All'interessato è riservata la facoltà di opporsi al trattamento dei dati personali e di presentare reclamo al Garante in caso di violazione dei propri dati personali (art. 77 del Reg. UE 679/016).

La mancanza di consenso al trattamento dei dati non consente al richiedente di partecipare alla presente procedura poiché sono richiesti i soli dati necessari e pertinenti per le finalità esplicitate nell'avviso ed in tale articolo richiamate.

Il/La sottoscritto/a **dichiara** di aver preso visione del contenuto del Regolamento al quale la presente istanza si riferisce e dell'informativa sopra riportata e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili conferiti nella presente istanza al fine di consentire lo svolgimento delle attività istituzionali e degli obblighi ad essa connessi.

Simaxis, _____

Firma del richiedente

ATTENZIONE: LA MANCANZA DELLA FIRMA COMPORTA L'ESCLUSIONE DAL PROCEDIMENTO

ATTENZIONE: Si raccomanda di compilare i moduli in modo leggibile, inserendo tutti i dati richiesti e di apporre la firma in ognuno di essi. La presentazione di moduli incompleti, non firmati e/o non debitamente compilati in ogni loro parte, comporta l'ESCLUSIONE dal procedimento.