

# 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**

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. 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 imprororabilmente entro e non oltre il 30/04/2024.

Al Comune di Simaxis  
Area Socio-Culturale  
via San Simaco, n. 133  
09088 SIMAXIS - OR

## OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE INDENITA' REGIONALE FIBROMIALGIA ANNUALITA' 2024

Il/La sottoscritto/a [REDACTED] nato/a a [REDACTED]

Prov. ([REDACTED]) il [REDACTED], residente a Simaxis in Via/P.zza/Loc. [REDACTED]  
n° [REDACTED] Codice Fiscale [REDACTED]

Telefono [REDACTED] Cell. [REDACTED]

PEC [REDACTED] Email [REDACTED]

**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 sé

In qualità di:

incaricato tutela/amministratore sostegno     genitore     familiare del richiedente

di seguito indicato:

[REDACTED] nato/a a [REDACTED]

Prov. ([REDACTED]) il [REDACTED], residente a Simaxis in Via/P.zza/Loc. [REDACTED] n° [REDACTED]

Codice Fiscale [REDACTED]

### CHIEDE

**La concessione dell'indennità regionale “Fibromialgia anno 2024” 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 20 aprile 2024 (data scadenza presentazione domanda), 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;
- IBAN con intestatario/i del conto;

Simaxis, [REDACTED]

Firma del richiedente

[REDACTED]

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

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. 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 imprororabilmente entro e non oltre il 30/04/2024.**

### NFORMATIVA 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 riproprio: 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 esplicite nell'avviso ed in tale articolo richiamate.

Il/La sottoscritta **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.**