



COMUNE DI CASTIADAS
Città Metropolitana di Cagliari
UFFICIO POLITICHE SOCIALI E SERVIZI ALLA PERSONA

Spett.le COMUNE DI CASTIADAS

Ufficio Politiche Sociali e Servizi Alla Persona

Loc. Olia Speciosa - 09040 – Castiadas

OGGETTO: Richiesta “Indennità Regionale Fibromialgia” - IRF 2026.
Contributo di rimborso delle spese sostenute nell’anno 2026.

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____, Prov. _____ il ____/____/____, residente a _____
Prov. _____ in via/piazza _____, n. _____
Cod. Fiscale _____ Tel. _____ (obbligatorio) mail/PEC
_____ (obbligatorio)

CHIEDE

Il sostegno economico IRF ai sensi della L.R. n. 5/2019, come, in ultimo, modificata dall'art. 1, comma 9, della legge regionale 21 novembre 2024, n. 18, per l'annualità 2026:

☐ in suo favore

☐ in favore di (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____, Prov. _____ il ____/____/____, residente a _____
Prov. _____ in via/piazza _____, n. _____
Cod. Fiscale _____
Tel. _____ (obbligatorio) mail/PEC
_____ (obbligatorio) in qualità di: _____

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

1. Di essere residente nel Comune di Castiadas;
2. Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata da un medico specialista (reumatologo, ortopedico, fisiatra) con data non successiva al 30.04.2026;
3. Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
4. Di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
5. Di impegnarsi a presentare dal 14.10.2026 al 30.11.2026, la documentazione attestante le spese sostenute nell’arco dell’anno 2026, ammissibili secondo l’art. 4 del Bando.

Allega alla presente:

- Certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia (rilasciato da un medico specialista: reumatologo, ortopedico, fisiatra);
- Copia documento di identità del beneficiario e/o delegato alla presentazione dell'istanza;
- In caso di amministrazione di sostegno, inabilitazione o interdizione legale del beneficiario, copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;
- Attestazione ISEE 2026;
- Copia del codice IBAN, necessariamente intestato o cointestato al beneficiario.

Si autorizza altresì, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016, l'utilizzo da parte dell'Amministrazione Comunale dei dati in suo possesso per l'istruttoria della presente istanza.

Castiadas, li __/__/____

(Firma del richiedente)