

**COMUNE DI CASTIADAS**

*Provincia del Sud Sardegna*

# UFFICIO POLITICHE SOCIALI E SERVIZI ALLA PERSONA

**Spett.le COMUNE DI CASTIADAS**

Ufficio Politiche Sociali e Servizi Alla PersonaLoc. Olia Speciosa - 09040 – Castiadas

## OGGETTO: Richiesta “Indennità Regionale Fibromialgia” - IRF 2025. Contributo di rimborso delle spese sostenute nell’anno 2025.

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 2025:***

 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 30.04.2025;
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 01.01.2026 al 31.01.2026, la documentazione attestante le spese sostenute

nell’arco dell’anno 2025, 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 2025;
	+ 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, lì / /

*(Firma del richiedente)*