Immagine che contiene cresta, corona, emblema, ricamo

Descrizione generata automaticamente

**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)

**DICHIARA**

 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:

**La permanenza del possesso dei requisiti per la richiesta di contributo in oggetto, come**

**già dichiarato e certificato nell’anno ;**

**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**

* Attestazione ISEE 2025;
* Copia documento di identità del beneficiario e/o delegato alla presentazione dell’istanza;
* Codice IBAN (necessariamente intestato o cointestato al beneficiario);
* Altro

# 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)*