



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)

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 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

- Attestazione ISEE 2026;
- 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, li ____/____/____

(Firma del richiedente)