



COMUNE DI CASTIADAS – PROVINCIA SUD SARDEGNA

Piazza Municipio n.1- 09040 Castiadas

070/994501 -070/99450313

pec. : protocollo@pec.comune.castiadas.su.it

Al Servizio Sociale del
Comune di Castiadas

OGGETTO: RICHIESTA “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” - IRF.

LE DOMANDE DOVRANNO ESSERE PRESENTATE ENTRO IL 30/04/2024.

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

CHIEDE

- Il sostegno economico IRF ai sensi della L.R. n. 5/2019, come modificata dall'art. 12 della L.R. n. 22/2022:
- In suo favore
- in favore di (cognome) _____ (nome) _____ nato/a a
_____, Prov. _____ il ____/____/____, residente a _____ in
via/piazza _____, n. ____
Cod. Fiscale _____ in qualità di: _____

CHIEDE:

che il versamento del contributo concesso così come previsto dall'art. 11 della Legge n. 431 del 09.12.1998 sia effettuato nel modo seguente:

- Accredito sul C.C. Bancario a me intestato:

