



COMUNE DI VILLASALTO CITTÀ METROPOLITANA DI CAGLIARI

CORSO REPUBBLICA, 61 - 09040 Villasalto - Tel. 070-956901, fax. 070-95690230 - C. F. 01391410923

Spett.le COMUNE DI VILLASALTO
Ufficio Servizi Sociali
Corso Repubblica, 61
09040 Villasalto (SU)

OGGETTO: Richiesta “Indennità Regionale Fibromialgia” - IRF - 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

La concessione del 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 veritieri, di formazione o

uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

1. Di essere residente nel Comune di Villasalto;
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 entro il 15.11.2026, il Modulo denominato Allegato A con allegata la documentazione attestante le spese sostenute nell'arco dell'anno 2026 (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.

Villasalto, lì ____/____/_____

(Firma del richiedente)