



**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 di rinnovo in favore dei beneficiari di “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)

**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 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**

- 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.**

Villasalto, li \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Firma del richiedente)*