



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 15.01.2027, 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)