



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 2025.

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE 20 OTTOBRE 2025

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 dalla D.G.R. n. 10/39 del 16/03/2023 e dalla D.G.R. n. 9/22 del 12/02/2025:

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

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di Villasalto;
- 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 30.04.2025;
- Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- 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;

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 2025;
- 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, li ____/____/_____

(Firma del richiedente)