



## COMUNE DI MONTELEONE ROCCA DORIA

PROVINCIA DI SASSARI

Via Sant'Antonio n. 1 – Tel. 079/925117 –

PEC [protocollo@pec.comune.monteleoneroccadoria.ss.it](mailto:protocollo@pec.comune.monteleoneroccadoria.ss.it)

Email serviziociali@comune.monteleoneroccadoria.ss.it

All’Ufficio Sevizi Sociali del  
Comune di Monteleone  
Rocca Doria

**OGGETTO:** Richiesta “Indennità Regionale Fibromialgia”- IRF- ANNUALITA’ 2026

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_ il  
/ / \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ in via/piazza  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ (indispensabile)

### CHIEDE

Il contributo per il rimborso delle spese sostenute per interventi di carattere sanitario, qualora non coperti da Servizio Sanitario regionale, sociosanitario e di cura alla persona soggette a rendicontazione per chi è affetto da IRF ai sensi della L.R. n. 5/2019 come modificata dall’Art. 1, comma 9 della L.R. 18/2024,

in proprio favore  
 in favore di (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente a Monteleone Rocca  
Doria in via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
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 Monteleone Rocca Doria;
- 2 Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata in data antecedente 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

## **Allega alla presente:**

- Certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia (rilasciato da un medico specialista: reumatologo, ortopedico, fisiatra);
  - Copia documento di identità personale;
  - Copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno (EVENTUALE).
  - Attestazione ISEE ORDINARIO in corso di validità;
  - Fotocopia del codice IBAN.

Si autorizza, 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.

**Il sottoscritto a norma del D.L. 201/2011, richiede che il pagamento venga effettuato tramite:**

Accredito su c.c. bancario/postale (intestato/cointestato al richiedente) codice IBAN:

\_\_\_\_\_

I dati personali comunicati nelle istanze di ammissione all'agevolazione e quelli riportati nella documentazione allegata, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs. n.196/2003 e degli artt. 12 e 13 del Regolamento UE 2016/679.

Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza.

L'utilizzo dei dati richiesti ha come finalità quella connessa alla gestione della procedura per l'erogazione dell'intervento ai sensi del presente bando e pertanto il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio.

Monteleone Rocca Doria ,

*(Firma del richiedente)*