



# 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 [servizisociali@comune.monteleoneroccadoria.ss.it](mailto:servizisociali@comune.monteleoneroccadoria.ss.it)

All'Ufficio Servizi Sociali del  
Comune di Monteleone  
Rocca Doria

**OGGETTO:** Indennità Regionale Fibromialgia (IRF) – Annualità 2026 – Dichiarazione di mantenimento dei requisiti

(Per beneficiari già ammessi nelle annualità precedenti)

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

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

**già beneficiario/a del contributo IRF nell'annualità**

## CHIEDE

la concessione del contributo per l'annualità 2026 relativo al rimborso delle spese sostenute per interventi di carattere sanitario non coperti dal Servizio Sanitario Regionale, socio-sanitario e di cura alla persona, ai sensi della L.R. n. 5/2019 e ss.mm.ii., in quanto già ammesso/a al beneficio nelle precedenti annualità.

☐ 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 veritiere, 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 che la certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia risulta già depositata agli atti del Comune e che la propria situazione sanitaria è invariata;
- 3 Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- 4 di mantenere tutti i requisiti previsti dalla normativa regionale per l'accesso al beneficio per l'annualità 2026;
- 5 di non aver perso i requisiti per l'accesso alla misura;
- 6 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.

☐ di comunicare le seguenti variazioni intervenute rispetto all'annualità precedente:

**Allega alla presente:**

- Attestazione ISEE ORDINARIO in corso di validità (annualità 2026);
- 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:

[illegible]

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