

Al Comune di Zerfaliu
Ufficio Servizi Sociali

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 _____ nato/a a _____ Prov. _____ il
_____ residente a _____ (OR) Via/Piazza _____
n° _____ Codice Fiscale _____ tel. _____ cell _____ e-mail

DICHIARA

☐ in suo favore

☐ in favore di _____ nato/a a _____ Prov. _____ il
_____ residente a _____ (OR) Via/Piazza _____
n° _____ Codice Fiscale _____ tel. _____ cell _____ e-mail

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 ALLA PRESENTE:

- ☐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 2026;
- ☐Copia del codice IBAN, necessariamente intestato o cointestato al beneficiario.

Zerfaliu, li _____

firma