

**OGGETTO: RICHIESTA "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) –CONTRIBUTO PER RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2026.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Semestene in via/piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che gli/le venga concesso il **CONTRIBUTO PER RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2026 "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF):**

- ☐ **RINNOVO**
- ☐ **NUOVA ISTANZA**

**DICHIARA**

- Di essere in possesso di un ISEE SOCIO SANITARIO in corso di validità di un importo pari ad euro \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso di una certificazione medica, di data non successiva al 30 APRILE 2026, attestante la diagnosi di fibromialgia;
- Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia.

**DICHIARA ALTRESÌ**

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000.

- Che i dati forniti sono completi e veritieri;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo;
- Di essere informato, che i dati comunicati dai richiedenti saranno trattati ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 e in applicazione dell'art 48 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

A tal fine allega alla domanda la seguente documentazione (documentazione **OBBLIGATORIA** da allegare alla domanda)

- ☐ Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità e dell'eventuale delegato alla riscossione del beneficio.
- ☐ Copia dell'attestazione ISEE SOCIO SANITARIO in corso di validità (rilasciato nell'anno 2026);
- ☐ Certificazione medica, di data non successiva al 30 Aprile 2026 attestante la diagnosi di fibromialgia; (la predetta certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista - reumatologo, ortopedico, fisiatra- abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista).

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

- ☐ contanti presso la Tesoreria Comunale o le Agenzie del Banco di Sardegna (per importi inferiori a € 1.000,00)
- ☐ Accredito su c.c. bancario/postale (intestato/cointestato al richiedente) codice IBAN:

[illegible]

Semestrene, li \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

Firma \_\_\_\_\_

***N.B. La presente istanza, resa in carta libera ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, è sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata del documento di identità del sottoscrittore***