



COMUNE DI LURAS

Provincia della Gallura Nord-Est Sardegna

SERVIZIO SOCIO-CULTURALE

C.A.P. 07025 Via Nazionale,12 – C.F. 00248590903

Tel. 079/645209 – servizi.sociali@comune.luras.ss.it

All. C alla Det. N. 24/SOC. del 02/03/2026

“Indennità regionale fibromialgia” (IRF) Dichiarazione permanenza/perdita requisiti per l’anno 2026

Legge regionale n. 5/2019, art. 7 bis, c. 2, ss.mm.ii - D.G.R. N. 9/22 del 12/02/2025

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (Prov. _____) e residente nel Comune di Luras in
Via _____ n° _____ tel. _____
e-mail _____ C.F. _____

in qualità di:

o **beneficiario**

oppure:

o **genitore**

o **amministratore di sostegno o tutore legale**

in nome e per conto del Sig./Sig.ra

Cognome e Nome _____ nato/a il _____
a _____ (Prov. _____) e residente nel Comune di Luras in
Via _____ n° _____ tel. _____
e-mail _____ C.F. _____

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevoli di quanto previsto dal successivo art. 75 in materia di decadenza dai benefici e dall'art. 76 che stabilisce che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti:

- ☐ di essere residente nel comune di Luras;
- ☐ di non beneficiare, per la stessa patologia, di altre provvidenze assistenziali;
- ☐ che permangono i requisiti dichiarati nella domanda già presentata per il medesimo intervento;
- ☐ che il valore Isee sociosanitario, per il 2026, è pari a € _____;
- ☐ di non essere più residente a Luras e pertanto di non dover ricevere l'IRF 2026 da parte del Comune di Luras.

Il/La/i dichiarante/i sottoscrive inoltre di essere consapevole/i che:

- ✓ l'Amministrazione Comunale, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti in materia, provvederà ad effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese e a segnalare eventuali difformità alle Autorità competenti;
- ✓ in caso di false dichiarazioni il cittadino decadrà immediatamente dal beneficio concessogli, con facoltà per l'Ente di rivalsa per le somme indebitamente percepite, ed incorrerà nelle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi vigenti in materia.
- ✓ i dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per le finalità di cui alla presente istanza e che essi potranno essere comunicati, per la medesima finalità, agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento o a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.

Il/La/i dichiarante/i dichiara / dichiarano di avere preso visione dell'Informativa ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n° 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679, sul **trattamento dei dati personali** disponibile sul sito istituzionale dell'ente e nella sede comunale.

Il/La richiedente

DICHIARA

di essere consapevole che si è conclusa la fase sperimentale della misura e che a decorrere dall'anno 2026 il contributo viene erogato come rimborso delle spese sostenute per gli interventi indicati all'art. 5 dell'Avviso pubblico.

A tal fine, SI IMPEGNA

a presentare **entro il 30/11/2026** le pezze giustificative relative agli interventi ammessi al rimborso, previsti dall'art. 5 dell'Avviso Pubblico

e CHIEDE

che l'importo riconosciuto sia corrisposto con trasferimento sul Conto Corrente bancario/postale:

IBAN _____

Intestato a:

Allega:

- ISEE sociosanitario 2026

Luras, lì _____

Firma del dichiarante
