

**Oggetto: Richiesta contributo denominato indennità regionale fibromialgia (IRF) ai sensi della
Deliberazione G.R. n. 9/22 del 12.02.2025 - Anno 2026-**

Al Responsabile del Servizio Sociale
del Comune di Senis

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente a Senis in Via _____ n. ____
numero di telefono _____ domicilio fiscale (e mail) _____
codice fiscale _____

CHIEDE

in qualità di *(barrare la voce che interessa):*

☐ diretto interessato

ovvero

☐ genitore ☐ tutore/curatore ☐ amministratore di sostegno di:

Cognome e nome _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente a Senis in Via _____ n. ____

codice fiscale _____

di poter usufruire del contributo economico denominato "Indennità regionale fibromialgia" IRF di cui all'art. art. 12 L.R. 22/2022 – per l'anno 2026 .

A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di aver preso visione dell'avviso pubblico approvato dal Comune di Senis recante "Bando per la concessione di un sostegno economico denominato indennità regionale fibromialgia (IRF)- Annualità 2026";
- di essere residente a Senis in Via _____ n. ____ ;
- di avere una diagnosi di fibromialgia documentata da certificazione medica rilasciata in data _____ da _____;
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità;
- di aver preso visione della tipologia di spese ammissibili a contributo;

Oggetto: Richiesta contributo denominato indennità regionale fibromialgia (IRF) ai sensi della Deliberazione G.R. n. 9/22 del 12.02.2025 - Anno 2026-

- di essere consapevole che il contributo è proporzionato alle spese sostenute e adeguatamente documentate, alla situazione economica e ai trasferimenti disposti dalla Regione Sardegna;
- che l'Isee socio-sanitario in corso di validità è pari a euro _____ ;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo;
- di impegnarsi a presentare nei termini previsti dal Comune di Senis, la documentazione attestante le spese sostenute;
- di aver ricevuto copia dell'informativa e di averne compreso il contenuto in relazione al trattamento dei dati di cui all'art. 13 Regolamento - (UE) 2016/679 (RGDP) conferiti col presente procedimento.

CHIEDE

infine che in caso di accoglimento della presente istanza, il contributo venga liquidato secondo la seguente modalità:

- ☐ **CONTANTI** tramite mandato di pagamento intestato al sottoscritto
- ☐ **ACCREDITO** SU ☐ POST PAY ☐ C/C POSTALE ☐ C/C BANCARIO intestato/cointestato al sottoscritto col seguente codice IBAN

[illegible]

Allega alla presente

- ☐ *copia del documento di identità (solo nel caso di sottoscrizione ai sensi dell'art. 38 del D.Lgs. 445/2000)¹;*
- ☐ *certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia (la stessa deve riportare una data non successiva al 30 aprile 2026 e deve essere rilasciata da un medico specialista (non medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione, iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;*
- ☐ *Isee socio sanitario in corso di validità.*

Data

Firma

1) Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. La copia dell'istanza sottoscritta dall'interessato e la copia del documento di identità possono essere inviate per via telematica