

**RICHIESTA DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO ENTRO E NON OLTRE IL 30 APRILE 2026**

**Spett.le Comune di Desulo**  
**Ufficio Servizio Sociale**  
**via Lamarmora n° 73**  
**08032 DESULO (NU)**

**OGGETTO: RICHIESTA INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF) ANNO 2026.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_, in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

☐ per se medesimo

Oppure, in qualità di

☐ Amministratore di Sostegno /Tutore /Curatore

☐ familiare di riferimento

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Desulo, in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

la concessione del sostegno economico denominato Indennità Regionale Fibromialgia (IRF) - anno 2026, ai sensi della L.R. n° 5/2019, come modificata dall'art. 1, comma 9, della L.R. n° 18/2024.

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 D.P.R. n° 445/2000

**DICHIARA**

-di essere residente nel Comune di Desulo;

-di essere in possesso della certificazione medica specialistica attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata in data non successiva al 30 aprile 2026;

-di essere in possesso dell'ISEE sociosanitario, in corso di validità, pari a € \_\_\_\_\_;  
-di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;  
-di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata (All. "B") che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

### CHIEDE

inoltre, che il contributo di rimborso delle spese sostenute venga accreditato sul conto corrente postale / bancario / altro \_\_\_\_\_

Cod. IBAN \_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_.

Allega alla presente:

- certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia (rilasciato da un medico specialista)
- copia documento di identità in corso di validità del richiedente e/o beneficiario
- attestazione ISEE sociosanitario anno 2026
- documentazione di spesa per interventi di carattere sanitario, sociosanitario e di cura alla persona sostenuta nel corso dell'anno 2026
- modulo informativa privacy (All. B)
- altro \_\_\_\_\_

Desulo, lì \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)