

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.
CONFERMA REQUISITI D'ACCESSO IRF DICHIARATI NELLE PRECEDENTI ANNUALITA'.**

Il/La Sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ Provincia di _____ il _____

residente in _____, in via/piazza _____ n° _____

tel./cell. _____ e-mail _____

C.F. _____

☐ 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. _____

in riferimento all'avviso pubblico per 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, 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 del D.P.R. n° 445/2000

DICHIARA

-di aver presentato istanza di accesso al contributo IRF nell'anno

☐ 2023

☐ 2024

☐ 2025

-che non si è verificata alcuna variazione o perdita dei requisiti per l'accesso all'IRF dichiarati nel___ precedent__ annualità;

-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:

- 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)