

**COMUNE DI POSADA**

**PROVINCIA DI NUORO**

**SERVIZIO SOCIO ASSISTENZIALI**

# OGGETTO: RICHIESTA RICONOSCIMENTO IRF

# “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” ANNO 2025.

# RIAPERTURA TERMINI SCADENZA 20/10/2025.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Di poter beneficiare dell’indennità regionale “Fibromialgia anno 2025” ai sensi della L.R. n. 5/2019 e s.m.i. secondo la seguente modalità:**

* rinnovo del riconoscimento
* nuovo riconoscimento

**In favore di :**

 se medesimo;

oppure in qualità di:

 familiare

 Tutore/ amministratore di sostegno del/della Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

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,

* 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 (la stessa deve riportare una data non successiva la 30 aprile dell’anno in cui si presenta la domanda, 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;
* Di aver già presentato per l’anno 2024 istanza per l’accesso al contributo Indennità Regionale Fibromialgia e di essere tuttora in possesso dei requisiti;
* Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia.

**DICHIARA INOLTRE**

 Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nella presente richiesta;

**A tal fine allega la seguente documentazione OBBLIGATORIA**

* Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità e dell’eventuale delegato alla riscossione del beneficio.
* Copia dell’attestazione ISEE SOCIOSANITARIO in corso di validità privo di omissioni e difformità;
* Certificazione medica 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 antecedente al 30/04/2025 **(solo per le nuove istanze);**

Il sottoscritto richiede che il pagamento venga effettuato tramite:

🞎 contanti presso la Tesoreria Comunale o le Agenzie del Banco di Sardegna

🞎 iban già comunicato;

🞎 Accredito su nuovo c.c. bancario/postale (intestato/cointestato al richiedente) codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I** | **T** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Posada,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_