



**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 _____
n. _____ C.F. _____ in via/piazza _____
telefono _____;

