



RINNOVO
INDENNITÀ REGIONALE
FIBROMIALGIA ANNO 2026

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via/piazza _____
n. _____ C.F. _____ telefono _____
email _____

CHIEDE

☐ per sé; oppure in qualità di:
☐ familiare
☐ Tutore/ genitore/ amministratore di sostegno del/della Sig./ra
_____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in via/piazza
_____ n. _____ C.F. _____
telefono _____;

Di poter beneficiare del rinnovo dell'indennità regionale "Fibromialgia anno 2026" ai sensi della L.R. n. 5/2019 e s.m.i. pertanto

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 aver già presentato per l'anno 2025 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;
- ☐ Di impegnarsi a presentare al Servizio Sociale Comunale con successiva nota ed entro il 20/01/2027 la documentazione giustificativa relativa alle spese ammissibili effettivamente sostenute per la patologia fibromialgica nel corso dell'anno 2026.
- ☐ di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati a disposizione nel link:
<https://www.comune.posada.nu.it/index.php/tzente/privacy> e di **RITENERLA sottoscritta** per presa visione all'atto di presentazione dell'istanza.

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:

[illegible]

Allega:

- ☐ copia Isee socio sanitario in corso di validità;
- ☐ altro specificare _____.

Luogo e data, _____

Firma _____