



**Spett.le  
Comune  
Sant'Antonio di Gallura 07030**  
P.zza Matteo Ruzittu n.1  
Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO:** Richiesta “Indennità Regionale Fibromialgia”- IRF – 2025. **RINNOVO DOMANDA**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ in via/piazza  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_

### **CHIEDE IL RINNOVO**

del sostegno economico IRF annualità 2025;

in suo favore  
 in favore di (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_, Prov.di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di: \_\_\_\_\_

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 DPR 445/2000,

### **DICHIARA**

1. Di essere residente nel Comune di Sant'Antonio di Gallura;
2. Di aver beneficiato nell'anno 2024 del sostegno economico denominato “Indennità Regionale Fibromialgia”
3. Che non si è verificata alcuna variazione o perdita dei requisiti dichiarati nell'anno 2024;
4. Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
5. Di voler ricevere il contributo spettante mediante accredito sul c/c:

IBAN \_\_\_\_\_

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

6. Di aver letto e compreso l'avviso pubblico relativo al presente procedimento;
7. Di essere consapevole che la legge regionale n. 18 del 2024, art.1, comma 9, ha modificato la natura del beneficio trasformandolo in un contributo di rimborso delle spese sostenute per interventi di carattere sanitario e che per poter beneficiare dell'IRF il richiedente dovrà presentare adeguate pezze giustificative, ad integrazione della domanda, relative alle spese sostenute durante l'anno;

Allega alla presente:

- Copia documento di identità e Codice Fiscale;
- Attestazione ISEE SOCIO-SANITARIO in corso di validità;
- Copia Codice IBAN;
- Eventuale copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;

#### **INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI**

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

#### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Sant'Antonio di Gallura li

Firma per accettazione

\_\_\_\_\_

Sant'Antonio di Gallura li

\_\_\_\_\_

*(Firma del richiedente)*