

Scadenza 21/10/2025

**SPETT.LE COMUNE DI SELARGIUS
AREA 1 – SOCIO ASSISTENZIALE**

OGGETTO: Richiesta Indennità Regionale Fibromialgia (IRF) – ANNUALITA' 2025.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)
il ____/____/____, residente a Selargius in via _____,
Codice Fiscale _____
(indispensabile) telefono _____ mail _____

In qualità di:

- ☐ beneficiario
☐ rappresentante legale _____

del/della Signor/ra _____ nato/a a _____
(____) il ____/____/____, residente a Selargius in via _____,
_____, Codice Fiscale _____
(indispensabile) telefono _____ mail _____

DICHIARA

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,

- ☐ Di essere residente nel Comune di Selargius;
☐ Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia di data non successiva al 30/04/2025;
☐ Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
☐ Di avere presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) per la *determinazione dell'ISEE ORDINARIO* O SOCIO SANITARIO 2025 in data _____;
☐ Di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

CHIEDE

Il riconoscimento dell'Indennità Regionale Fibromialgia (IRF) – Annualità 2025

- ☐ in suo favore
☐ in favore del/della Sig./ra _____

CHIEDE INOLTRE

che il pagamento del contributo in oggetto sia effettuato mediante accredito sul conto corrente bancario o postale o sulla carta prepagata con il seguente Codice IBAN:

CODICE IBAN:

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

Banca _____, Agenzia di _____

- ☐ intestato al beneficiario
oppure
☐ Intestato a:

Nome e Cognome _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____, in Via _____

Codice Fiscale: _____

Allega alla presente:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Copia fotostatica del Codice IBAN relativo al CCB o CCP sul quale si richiede l'accredito del beneficio con l'indicazione dell'intestatario del conto;
- Copia fotostatica della certificazione medica attestante la fibromialgia di data non successiva al 30/04/2025 rilasciata da un medico specialista (non da un medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;
- Copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- Informativa Privacy ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP);

Alle richieste presentate da un rappresentante legale dovranno essere allegati anche:

- copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;
- Copia fotostatica del documento di riconoscimento del beneficiario in corso di validità;

N.B.

- Il valore dell'attestazione ISEE ORDINARIO O SOCIO SANITARIO 2025 sarà acquisito dal Servizio Sociale automaticamente dal Sito dell'INPS.

- Il richiedente, **prima dell'inoltro della richiesta in oggetto**, deve aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) per la determinazione dell'ISEE ORDINARIO O SOCIO SANITARIO 2025.

L'attestazione ISEE ORDINARIO O SOCIO SANITARIO 2025 è rilasciata dall'INPS previa presentazione della predetta Dichiarazione Sostitutiva Unica da parte del richiedente.

Selargius, _____

(Firma del richiedente)