



Amministrazione destinataria

Comune di Ittiri

Ufficio destinatario

Settore Socio-Assistenziale, Culturale,  
Scolastico e Sportivo

## Domanda di concessione del contributo per l'indennità regionale fibromialgia (IRF)

*Ai sensi dell'articolo 7-bis della Legge regionale 18/01/2019, n. 5*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata						

### in qualità di

Ruolo

- destinatario del contributo  
 titolare della responsabilità  
 amministratore di sostegno/tutore  
**pertanto allega copia decreto di nomina**  
 persona delegata  
*(in possesso di delega formale da parte del destinatario)*

Cognome	Nome	Codice Fiscale

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

## CHIEDE

il rinnovo della concessione del contributo per l'indennità regionale fibromialgia

di essere residente in un Comune della Sardegna

di non avere diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi o altri enti anche sulla base di normative statali e regionali

di essere affetto da fibromialgia

Data di rilascio della certificazione redatta da specialista in data non successiva al 30/04 dell'anno di presentazione dell'istanza

di possedere il seguente ISEE

Importo

€

Data di rilascio

Data di scadenza

di aver mantenuto i requisiti per l'accesso alla misura

di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse subentrare successivamente e di assumersi tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione

per la prima volta la concessione del contributo per l'indennità regionale fibromialgia

di essere residente in un Comune della Sardegna

di non avere diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi o altri enti anche sulla base di normative statali e regionali

di essere affetto da fibromialgia

Data di rilascio della certificazione redatta da specialista in data non successiva al 30/04 dell'anno di presentazione dell'istanza

di possedere il seguente ISEE

Importo

€

Data di rilascio

Data di scadenza

di aver mantenuto i requisiti per l'accesso alla misura

di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse subentrare successivamente e di assumersi tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione

### Soggetto interessato

riferito a sé stesso

riferito alla persona di seguito specificata

### soggetto interessato

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

### Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

## CHIEDE INOLTRE

che il versamento dell'eventuale contributo avvenga con la seguente modalità

accredito su c/c postale o bancario

IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

rimessa diretta

*(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)*

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- documentazione attestante la titolarità del conto
- copia del certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia  
*(da allegare se non si è presentata istanza nell'anno precedente)*
- copia del decreto di nomina dell'amministratore di sostegno in corso di validità
- copia della delega e documento di riconoscimento del delegante
- copia dell'attestazione ISEE
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Ittiri

Luogo

Data

il dichiarante