

OGGETTO: INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA - ANNUALITA' 2026

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

n° _____ Codice fiscale _____

Tel/cell _____

e-mail _____ pec _____

CHIEDE

☐ Per sé stesso

☐ oppure in qualità di ADS/ incaricato della tutela/ curatore in favore di:

Cognome e nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a Capoterra Via _____ n° _____

Codice fiscale _____

che gli /le venga concesso il contributo denominato Indennità Regionale Fibromialgia per l'annualità 2026.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

☐ Di essere residente presso il Comune di Capoterra;

☐ Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia e rilasciata in data antecedente al 30 aprile 2026;

☐ di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di Fibromialgia

Schema modulo per nuovi richiedenti

Istanza on line

- ☐ di essere in possesso dell'attestazione Isee 2026 pari a € _____;
- ☐ Di essere informato che l'indennità IRF sarà erogata nella forma di un contributo per il rimborso delle spese sostenute per interventi di carattere sanitario, qualora non coperti da Servizio sanitario regionale, socio sanitario e di cura alla persona, soggette a rendicontazione, fino ad un massimo di € 800,00, nei limiti della disponibilità del bilancio regionale;
- ☐ Di essere informato che la rendicontazione delle spese sostenute dovrà essere presentata in modalità telematica con decorrenza dal 01 dicembre 2026 ed entro e non oltre il 15.01.2027;
- ☐ 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, infine, che il pagamento della somma spettante sia effettuato con accredito su conto corrente bancario o postale intestato al beneficiario (sono esclusi libretti di accredito stipendio/pensione) presso

_____ (indicare Poste o Banca)

IBAN:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Si allega:

- Certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata in data non successiva al 30 aprile 2026 da medico specialista abilitato alla professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista

Tale certificazione dovrà essere presentata solo da chi non ha mai presentato istanza negli anni precedenti, mentre chi è già stato beneficiario negli anni precedenti non dovrà presentarla in quanto già in possesso dell'ufficio di Servizio sociale.

Capoterra, _____

firma