



COMUNE DI OLBIA

Provincia di Sassari

Zona Omogenea Olbia – Tempio

Assessorato alle Politiche Sociali, Pari Opportunità, Politiche Sanitarie e Tutela degli Animali

Settore Servizi alla Persona

Spett.le COMUNE DI OLBIA

Settore Servizi alla Persona

Via Perugia n° 3

07026 OLBIA

OGGETTO: Richiesta “Indennità Regionale Fibromialgia”- IRF –ANNO 2025

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. di _____
il ___/___/___ residente a _____ Prov. di _____
in via/piazza _____, n. _____
Cod. Fiscale _____ Tel. _____
e-mail _____

CHIEDE

Il sostegno economico IRF ai sensi della L.R. n. 5/2019, come modificata dall'art. 1, comma 9 della legge regionale del 21 novembre 2024, n. 18

in suo favore
 in favore di (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ Prov. di _____
il ___/___/___ residente a _____ Prov. di _____
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

- Di aver preso visione dell'**AVVISO PUBBLICO** e dell'allegato **A – ISTRUZIONI OPERATIVE**;
- Di essere residente nel Comune di Olbia;
- Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;
- Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- Di essere in possesso della seguente attestazione di ISEE SOCIOSANITARIO O ORDINARIO in corso di validità:

N. IDENTIFICATIVO ISEE _____
DATA DI RILASCIO _____
VALORE ISEE € _____

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Certificato rilasciato da un medico specialista di data non successiva al 30 aprile 2025, attestante la Diagnosi di fibromialgia;
- Copia documento di identità e Codice Fiscale;
- Codice IBAN;
- Eventuale delega ad una terza persona per il ritiro del rimborso spettante (**Allegato D – Modulo DELEGA**);
- Eventuale copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore Amministratore di sostegno;

Olbia, li _____

(Firma del richiedente)

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.

Olbia, li

Firma per accettazione
