



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 rimborso spese “Indennità Regionale Fibromialgia”- IRF –ANNO 2025
(da presentare a partire dal 1 gennaio 2026 ed entro il 31 gennaio 2026)

Il/La sottoscritto/a cognome) _____

(nome) _____ nato/a a _____

Prov. di _____ il ___ / ___ / _____, residente a _____

Prov. di _____ in via/piazza _____, n. _____

Cod. Fiscale _____ Tel. _____

e-mail _____

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 aver percepito l’Indennità Regionale Fibromialgia nell’anno **2023** e/o **2024** o di **essere stato ammesso al beneficio nel 2025**;
- Di essere residente nel Comune di Olbia;
- Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

- Di essere in possesso della seguente attestazione di ISEE SOCIO SANITARIO O ORDINARIO in corso di validità:

N. IDENTIFICATIVO ISEE _____

DATA DI RILASCIO _____

VALORE ISEE € _____

CHIEDE

IL RIMBORSO DELLE SPESE EFFETTUATE NELL'ANNO 2025, COME DA ELENCO SOTTO

RIPORTATO:

(indicare in ogni riga l'importo della spesa e la tipologia, es. visita specialistica € 100,00 etc.)

- | | |
|-----------|---------|
| 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.	_____	€ _____

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- **Copia giustificativi spese di carattere sanitario corredate dalle relative prescrizioni mediche;**
- 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 o 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
