



COMUNE DI SANT'ANDREA FRIUS
Provincia del Sud Sardegna

Spett.le Comune di
Sant'Andrea Frius

OGGETTO: Richiesta "Indennità Regionale Fibromialgia" - IRF – 2024

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)
il ____/____/____ residente a _____ (____) in via _____
_____ n° _____ Tel. _____

C.F. _____ indirizzo e-mail _____

CHIEDE

di poter beneficiare dell'Indennità Regionale Fibromialgia sensi della L.R. n. 5/2019, come modificata dall'art. 12 della L.R. n. 22/2022 e dalla L.R. n° 9/2023;

- Per se medesimo
- in qualità di rappresentante legale del Sig. _____

nato/a a _____ (____), il ____/____/____, residente a
_____ in via/piazza _____, n. _____

Codice Fiscale _____

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Sant'Andrea Frius;
- di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata entro il 30.04.2024;
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità.

Allega alla presente (barrare):

- copia del Documento di identità e del Codice Fiscale;
- certificato rilasciato da un medico specialista abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista attestante la sindrome fibromialgica, **emessa in data non successiva al 30 Aprile 2024**
- Attestazione ISEE ORDINARIO in corso di validità;
- copia del codice Iban su cui disporre l'eventuale bonifico;
- Copia del permesso di soggiorno o della carta di soggiorno per i cittadini extracomunitari;
- Eventuale copia del Decreto di nomina di Tutore Legale o Amministratore di Sostegno o incaricato della curatela.

Sant'Andrea Frius, _____

(firma)