



COMUNE DI BOLOTANA

Provincia di Nuoro
Ufficio Servizi Sociali

Da presentare entro e non oltre il 30/04/2026

AL COMUNE DI BOLOTANA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Richiesta concessione indennità regionale fibromialgia (IRF)– Annualità 2026

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Data di nascita _____ Sesso (M o F) _____
Stato di cittadinanza _____ Comune di nascita _____
Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____
residente in BOLOTANA Prov. NU Indirizzo _____
CAP _____ Telefono _____

CHIEDE

In qualità di:

☐ DESTINATARIO DEL CONTRIBUTO

☐ ALTRO _____

Della persona destinataria del contributo:

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ (Prov. _____) il _____

residente a Bolotana in Via _____ Nr _____

Tel/Cell _____ mail _____

C.F. _____

Di essere ammesso all'Indennità Regionale Fibromialgia ai sensi della L.R. n.5/2019.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'articolo 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,



COMUNE DI BOLOTANA

Provincia di Nuoro
Ufficio Servizi Sociali

DICHIARA

- ☐ Essere residente nel Comune di Bolotana;
- ☐ Essere in possesso della certificazione medica, di data non successiva al 30.4.2026 per l'anno 2026, attestante la diagnosi di fibromialgia; la predetta certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista (non da un medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;
- ☐ Non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia.

DICHIARA, inoltre:

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e delle Linee Guida allegate approvate con Deliberazione della Giunta Regionale n. 9/22 del 12.02.2025 che si intende accettato integralmente;

N.B. Si allega (pena l'esclusione)

- copia del documento di identità e tessera sanitaria del beneficiario e di chi presenta l'istanza (se diverso dal beneficiario) in corso di validità;
- copia dell'attestazione ISEE sociosanitario 2026;
- copia della certificazione medica, di data non successiva al 30.4.2026 per l'anno 2026, attestante la diagnosi di fibromialgia; la predetta certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista (non da un medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;
- fotocopia delle coordinate IBAN bancarie o postali intestate o cointestate al beneficiario.

Bolotana, _____

Firma



COMUNE DI BOLOTANA

Provincia di Nuoro
Ufficio Servizi Sociali

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 istituzionali, strumentali o connesse 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.

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.

Firma per accettazione _____

Bolotana, li _____