

Spett.le Comune di Bulzi
Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: RICHIESTA RICONOSCIMENTO PER LA CONCESSIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO “INDENNITA’ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF).

Il/La Sottoscritto/a..... nato/a a.....

Il....., Codice fiscale....., e residente a
..... in via.....

Telefono/cellulare (obbligatorio).....

IN qualità di DESTINATARIO

IN nome e per conto del proprio familiare (indicare parentela).....:

IN qualità di Legale Rappresentante (specificare nomina).....;

Del/la sig.re/ra

Nome e cognome..... nato/a a.....

Il....., Codice fiscale....., e
residente a BULZI in via.....

Telefono/cellulare (obbligatorio).....

CHIEDE

di poter beneficiare del sostegno economico denominato “indennità regionale fibromialgia” (IRF), finalizzato a facilitare sotto l’aspetto economico il miglioramento della qualità della vita dei cittadini residenti in Sardegna affetti da fibromialgia; istituito dalla Regione Sardegna, con la legge regionale n. 5 del 2019 (Disposizioni per il riconoscimento, la diagnosi e la cura della fibromialgia), come modificata con la legge regionale n. 18 del 2024, art.1, comma 9, che ha introdotto le Linee Guida approvate con Delib.G.R. n. 9/22 del 12.2.2025;

A tal fine, **DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445:

- Di avere una diagnosi da Fibromialgia rilasciata in data
- Di non ricevere rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

