



**COMUNE DI SENNORI**  
PROVINCIA DI SASSARI

Via Brigata Sassari, 13 – Tel. 079/3049200- Fax 079-3049245 - PEC [protocollo.sennori@pec.comunas.it](mailto:protocollo.sennori@pec.comunas.it)

**AREA SOCIALE**

All'Ufficio Servizi Sociali  
del Comune di Sennori

**OGGETTO:** Richiesta "Indennità Regionale Fibromialgia"- IRF.

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ in via/piazza  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ (indispensabile)

**CHIEDE**

Il sostegno economico IRF ai sensi della L.R. n.5/2019 come modificata dall'Art. 12 della L.R. n. 22/2022,

in proprio favore

in favore di (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a Sennori 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**

- 1 Di essere residente nel Comune di Sennori;
- 2 Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata in data antecedente al 12.12.2022;
- 3 Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- 4 Di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Allega alla presente:**

- Certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia (rilasciato da un medico specialista: reumatologo, ortopedico, fisiatra);
- Copia documento di identità personale;
- Copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno (EVENTUALE) .
- Attestazione ISEE ORDINARIO in corso di validità;
- Fotocopia del codice IBAN

Si autorizza, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016, l'utilizzo da parte dell'Amministrazione Comunale dei dati in suo possesso per l'istruttoria della presente istanza.

Sennori , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Firma del richiedente)*