



Servizio Sociale

All. B det. n.44/SS del 02.03.2026

DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO A DECORRERE DAL 18.03.2026 FINO AL 30.04.2026.

**Al Responsabile dell'ufficio di Servizio Sociale
Del Comune di
MOGORO**

OGGETTO:	DOMANDA SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO "INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) - ANNUALITA' 2026.
-----------------	---

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____,
residente a Mogoro, Via/ Piazza _____ n° _____,
Codice fiscale _____,
Cellulare _____ (obbligatorio),
e-mail o PEC _____@_____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità:

CHIEDE

La concessione di un sostegno economico denominato "Indennità Regionale Fibromialgia" (IRF) per l'anno 2026" (Legge regionale n. 5/2019, art. 7 bis, comma 2, ss.mm.ii. DGR n. 9/22 del 12 febbraio 2025):

- ☐ Per se stesso/a;
- ☐ in qualità di esercente la responsabilità genitoriale per il/la minore _____ nato/a _____
- Il _____, residente a Mogoro, Via/Piazza _____
n° _____;
- Codice fiscale _____,
- ☐ In qualità di Amministratore di Sostegno di _____

nato/a _____ il _____,
residente a Mogoro, Via/ Piazza _____ n° _____ ;

A TALE SCOPO ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

- a. la certificazione ISEE sociosanitario 2026 (**oppure Isee ordinario o Isee corrente**);
- b. la certificazione medica, di data non successiva al 30.04.2026, attestante la diagnosi di fibromialgia; la predetta certificazione deve essere rilasciata da un medico specialista abilitato (reumatologo, ortopedico, fisiatra – non da un medico di medicina generale) all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista;
- c. un documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;

DICHIARA

Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

Di essere a conoscenza che solo a seguito della presentazione delle pezze giustificative attestanti le spese sostenute per la patologia fibromialgica, (utilizzando il modulo allegato D alla det. n.44/SS del 02.03.2026 e presentandolo a decorrere dal 01.12.2026 fino al 15.12.2026), si potrà procedere alla liquidazione del beneficio fino a un massimo di € 800,00 e comunque solo a seguito dell'avvenuto trasferimento delle risorse assegnate da parte della Regione Sardegna;

CHIEDE

che il versamento delle somme concesse sia effettuato nel seguente modo:

☐ Tramite accredito al c/c Bancario o Postale intestato al beneficiario e/o cointestato;

IBAN:

[illegible]

(Allega copia coordinate c/c Bancarie o Postali)

AUTORIZZA

il Comune di Mogoro all’accesso, utilizzo e trattamento dei dati nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm.ii., e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

IL/LA SOTTOSCRITTA DICHIARA INOLTRE:

1. di aver preso visione dell'informativa privacy presente sul sito web del Comune di Mogoro;

Mogoro _____

Firma del richiedente (per esteso e leggibile)