



Servizio Sociale

All. B det. n.167/SS del 22.09.2025

DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO A DECORRERE DAL 22.09.2025 FINO AL 30.09.2025.

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

<u>OGGETTO</u>	DOMANDA SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO “INDENNITA’ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) – RIAPERTURA TERMINI ANNUALITA’ 2025.
-----------------------	--

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

CHIEDE

**La concessione di un sostegno economico denominato “Indennità Regionale Fibromialgia” (IRF)
per l'anno 2025” (ai sensi della D.G.R. n. 9/22 del 12.02.2025):**

- ☐ 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 2025 (**oppure Isee ordinario o Isee corrente**);
- b. la certificazione medica, di data non successiva al 30.04.2025, 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;

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:

DICHIARA

Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
Di essere a conoscenza che si potrà procedere alla liquidazione del beneficio fino a un massimo di € 800,00, 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)