

	COMUNE DI TETI PROVINCIA DI NUORO ***** Corso Italia n. 63 - C.A.P. 08030 Tel. 0784/68023 - Fax. 0784/68229 Cod. Fiscale 81000970913 - Part. I.V.A. 00716030911 Sito Web - www.comune.teti.nu.it AREA SOCIO-CULTURALE, PUBBLICA ISTRUZIONE E SPORT *****
---	---

**AL SERVIZIO SOCIO-CULTURALE, P.I. E SPORT
DEL COMUNE DI TETI**

OGGETTO: INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” - (IRF) - Legge Regionale 18 gennaio 2019, n. 5 e s.m.i., art. 7-bis, commi 1 e 2. Nuove istanze Annualità 2026.

Il/La sottoscritto/a nato/a a il
 Residente a in Via n°
 Tel./cell. n° email
 Codice Fiscale

In qualità di:

- ☐ Richiedente
☐ Legale Rappresentante
☐ Altro familiare (indicare il grado di parentela)

Del ___ proprio congiunto

indicare cognome e nome - (indicare il grado di parentela);

nato/a il e residente a Teti;

Via/Vico/Corso n.;

CHIEDE

- ☐ Di poter beneficiare del sostegno economico relativo all'indennità regionale fibromialgia -IRF- ai sensi della L.R. n. 5/2019 e s.m.i. - D.G.R. n. 9/22 del 12 febbraio 2025, relativo all'annualità 2026.

A TAL FINE

consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., 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'art. 77 del medesimo D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

- ☐ di essere residente nel Comune di Teti;
- ☐ di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;
- ☐ di essere in possesso dell'Attestazione Isee anno 2026;
- ☐ di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- ☐ di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa inerente al trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse al presente procedimento e di averla compresa in tutte le sue parti.
- ☐ di essere a conoscenza che sono oggetto di rimborso, nei limiti delle risorse assegnate dalla Regione Sardegna, le seguenti tipologie di spesa sostenute nell'anno di riferimento del sostegno economico richiesto:
 - a. acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona;
 - b. acquisizione di servizi professionali educativi;
 - c. spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante;
 - d. accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale;
 - e. spese di soggiorno, per non più di 30 giorni nell'arco di un anno, presso strutture sociali autorizzate o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale;
 - f. spese per l'acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale;
 - g. acquisizione di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgica non forniti dal servizio sanitario regionale.
- ☐ di essere a conoscenza che la rendicontazione delle spese sostenere nell'annualità in corso dovrà essere presentata al Comune entro e non oltre il 31.12.2026, attraverso l'apposito modulo predisposto dal Servizio competente e allegato all'Avviso Pubblico.

Allega alla presente:

- ☐ Copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità;
- ☐ Copia fronte/retro del documento d'identità del rappresentante legale o altro incaricato (nel caso di specie);
- ☐ Certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia avente data non successiva al 30 aprile 2026 e rilasciato 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 o libero professionista;
- ☐ Attestazione ISEE anno 2026;
- ☐ Copia del codice Iban del beneficiario.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Teti, Li _____

IL DICHIARANTE

Firma _____