



COMUNE DI LOIRI PORTO SAN PAOLO

PROVINCIA GALLURA NORD-EST SARDEGNA

VIA DANTE A. N. 28 - 07020 LOIRI PORTO SAN PAOLO (OT)

AREA SOCIO - CULTURALE

SERVIZIO SOCIALE - POLITICHE GIOVANILI - PUBBLICA ISTRUZIONE - CULTURA - SPORT - SPETTACOLO - TURISMO

SERVIZIO SOCIALE

Oggetto: Richiesta Provvidenze di cui **Indennità regionale fibromialgia 2026**

(nome beneficiario/a) _____

Il/La sottoscritto/a:

Cognome Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Telefono	
Residente a Loiri Porto San Paolo via/loc	

in qualità di

- ☐ Destinatario/a della provvidenza/prestazione
- ☐ familiare
- ☐ incaricato/a della tutela (tutore, amministratore di sostegno, curatore)
- ☐ altro _____ della persona beneficiaria della provvidenza/prestazione

del/della BENEFICIARIO/A

Cognome Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Telefono	
Residente a Loiri Porto San Paolo via/loc	

ai sensi dell'art. 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

SERVIZIO SOCIALE

Email per invio istanze

protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it

per informazioni

Responsabile del Servizio Dott.ssa Antonella Malu email: a.malu@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

Assistente sociale Luisella Fogliano- email: l.fogliano@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

0789 481115

0789 481126

CHIEDE

(barrare la casella interessata)

- ☐ di accedere all'indennità in quanto già beneficiaria della misura nel 2025 allegando l'isee 2026;

o

- ☐ di accedere dell'indennità per l'anno 2026

DICHIARA

- di essere in possesso della certificazione medica, attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata in data non successiva al 30.04.2026;
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica per la stessa finalità;
- che l'ISEE del proprio nucleo familiare relativo all' anno in corso è pari a _____
- di aver preso visione dell'informativa privacy pubblicata sul sito web istituzionale [clicca qui](#).
- Di avere contezza che il riconoscimento e la liquidazione del contributo avverrà secondo i tempi e i modi previsti dalla Regione Autonoma della Sardegna, a seguito di presentazione delle spese ammissibili
- che gli eventuali contributi economici dovranno essere erogati a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato a: _____

IBAN

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

Allega i seguenti documenti:

- Certificazione medica, attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata in data non successiva al 30.04.2026 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 che libero professionista;
- Copia del documento di identità personale;
- Copia Codice IBAN.

Data _____ Firma _____

SERVIZIO SOCIALE

Email per invio istanze

protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it

per informazioni

Responsabile del Servizio Dott.ssa Antonella Malu email: a.malu@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

Assistente sociale Luisella Fogliano- email: l.fogliano@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

0789 481115

0789 481126