



COMUNE DI LOIRI PORTO SAN PAOLO
PROVINCIA DI SASSARI ZONA OMOGENEA OLBIA – TEMPIO
VIA DANTE A. N. 28 - 07020 LOIRI PORTO SAN PAOLO (SS)

AREA SOCIO - CULTURALE

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

SERVIZIO SOCIALE

Oggetto: Richiesta Provvidenze di cui **Indennità regionale fibromialgia 2025**

(nome beneficiaria) _____

La sottoscritta:

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

in qualità di

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

della BENEFICIARIA

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 2024 allegando l'isee 2025;

o

- ☐ di accedere dell'indennità per l'anno 2025

DICHIARA

- di essere in possesso della certificazione medica, attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata in data non successiva al 30.04.2025;
- 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 del 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:

- di essere in possesso della certificazione medica, attestante la diagnosi di fibromialgia, rilasciata in data non successiva al 30.04.2025 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 e del Codice Fiscale o tessera Sanitaria;
- 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