

Al Comune di Siapiccia  
Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO  
"INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) ai sensi dell'art. 12 della L.R. n. 22/2022  
2022 e ss.mm.ii. - ANNO 2026.**

**NUOVA DOMANDA**

**RINNOVO (Annualità precedenti)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.  
\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (OR) Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tel.  
cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

- destinatario del contributo
- Incaricato della tutela/curatela o Amministratore di sostegno della persona
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

la concessione del sostegno economico denominato "Indennità regionale fibromialgia" (IRF) per l'annualità 2025 ai sensi della D.G.R. nn. 9/22 del 12/02/2025,

in suo favore;  
 in favore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.  
\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Siapiccia (OR) Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tel.  
cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 (artt. 46 e 47) sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione (art. 75 "decadenza benefici" e 76 "norme penali" D.P.R. 445/2000):

#### **DICHIARA**

Di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:

- residente presso il Comune di Siapiccia;
- beneficiario negli anni precedenti del contributo denominato "Indennità regionale fibromialgia" (IRF) (da barrare in caso di rinnovo);  
*oppure*
- in possesso della certificazione medica, rilasciata in data non successiva al 30 aprile 2026 attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata da un medico specialista (non medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista (da barrare in caso di nuova domanda);
- non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

A tal fine chiede che il pagamento venga effettuato sul seguente conto corrente intestato al beneficiario, codice iban \_\_\_\_\_.

Si allega alla presente:

- Certificazione medica, di data non successiva al 30 aprile 2026 attestante la diagnosi di fibromialgia (**da presentare solo in caso di nuova domanda**);
- attestazione ISEE ordinario 2026 in corso di validità;
- copia del documento d'identità e della tessera sanitaria;
- copia dell'IBAN rilasciato dalla Banca/Poste Italiane.

- eventuale copia del Decreto di nomina di legale rappresentante o amministratore di sostegno del beneficiario;
- Attestazioni, ricevute, fatture relative a:
  - 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.

Siapiccia li \_\_\_\_\_

---

Firma

**Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)**

Il Comune di **SIAPICCIA**, con sede in Siapiccia, Via Guglielmo Marconi n. 2, email: [amministrativo@comune.siapiccia.or.it](mailto:amministrativo@comune.siapiccia.or.it),  
[sociale@comune.siapiccia.or.it](mailto:sociale@comune.siapiccia.or.it), [tecnico@comune.siapiccia.or.it](mailto:tecnico@comune.siapiccia.or.it); [ragioneria@comune.siapiccia.or.it](mailto:ragioneria@comune.siapiccia.or.it), pec:  
[comune.siapiccia.or@legalmail.it](mailto:comune.siapiccia.or@legalmail.it), tel: 0783449017, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell' Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

**Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l'applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.**

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

I dati personali trattati dai Servizi Demografici saranno altresì comunicati sotto forma di certificazione ai soggetti terzi richiedenti, nel rispetto delle forme e nei limiti stabiliti dalle norme sul rilascio delle certificazioni.

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ai sensi dell'art. 43, comma 2, TUEL da parte degli amministratori dell'Ente, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013, nei limiti previsti dalle disposizioni speciali in materia di tenuta delle anagrafi e di tenuta dei registri dello stato civile.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella

**SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: [dpo@sipal.sardegna.it](mailto:dpo@sipal.sardegna.it) – pec:  
[sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it](mailto:sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it)**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

L'interessato al trattamento dei dati

..... (Firma per esteso)