

Spett.le COMUNE DI GOLFO ARANCI
UFF. SERVIZIO SOCIALE

OGGETTO: RICHIESTA DI RINNOVO ANNO 2026 - "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF).

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente a Golfo Aranci in via/piazza _____ n. _____
C.F. _____ telefono _____
email _____

DICHIARA

- ☐ in suo favore
- ☐ in favore di (cognome) _____ (nome) _____ nato/a a _____,
Prov. _____ il ___ / ___ / _____, residente a _____ Prov. _____
in via/piazza _____, n. _____ Cod. Fiscale _____
Tel. _____ (obbligatorio)
mail/PEC _____ (obbligatorio) in qualità di: _____

La permanenza del possesso dei requisiti per la richiesta di contributo in oggetto, come già dichiarato e certificato nell'anno ;

Di impegnarsi a presentare dal 01/01/2027 al 31/01/2027, la documentazione attestante le spese sostenute nell'arco dell'anno 2026, ammissibili secondo l'art. 3 dell'Avviso;

ALLEGA

- ☐ copia del documento di identità del richiedente in corso di validità e dell'eventuale delegato alla presentazione dell'istanza;
- ☐ copia dell'Attestazione ISEE 2026 in corso di validità;
- ☐ Copia del codice IBAN, necessariamente intestato o cointestato al beneficiario;

Golfo Aranci, lì _____

Firma del Dichiarante

N.B. La presente istanza, resa in carta libera ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, è sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata del documento di identità del sottoscrittore.

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDA: 30 APRILE 2026