



# COMUNE DI PERDASDEFOGU

PROVINCIA DELL'OGLIASTRA

08046 PERDASDEFOGU – PIAZZA EUROPA N. 1  
C. F. 82000750917 – P. I. 00199440918

TEL. 0782/94614-94315 FAX 0782/94190  
PEC: PROTOCOLLO@PEC.COMUNEDIPERDASDEFOGU.COM

Spett.le Ufficio Servizi Sociali  
Piazza Europa n.1  
08046 Perdasdefogu  
*protocollo@pec.comunediperdasdefogu.com*

## MODULO AGGIORNAMENTO DOMANDA

### INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA – ANNUALITA' 2026 SCADENZA: 30/04/2026

Il/la sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a Perdasdefogu in via \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefono/cell. \_\_\_\_\_

ai fini dell'aggiornamento della propria istanza relativa al sostegno economico denominato "Indennità Regionale Fibromialgia" anno 2025 ai sensi dell'art.7-bis della Legge Regionale n° 22/2022 succ. mm. ed ii.

DICHIARA  
(D.P.R. 445/2000)

- Di aver preso visione e di accettare incondizionatamente le clausole dell'Avviso Pubblico annualità 2026;
- Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa per la stessa finalità;
- Di impegnarmi a trasmettere le ricevute delle spese sostenute dopo il 30/04/2026, correlate alla fibromialgia, prontamente e comunque entro il termine ultimo del 15/01/2027;

TRASMETTE

-certificazione ISEE 2026;

CHIEDE

che il contributo venga erogato attraverso (barrare la casella interessata):

- quietanza diretta (ritiro somma in contanti) presso lo sportello bancario;
- accredito su conto corrente bancario/postale con il seguente IBAN:

---

#### Allega:

X copia documento d'identità in corso di validità;

X RICEVUTE SPESE SOSTENUTE:

- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;

Perdasdefogu \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_