

ALLEGATO 1 modalità di rimborso (da compilare solo se diverso da quello comunicato nelle annualità precedenti);

Al Comune di Carloforte
Servizi Sociali

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO
"INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) – ANNO 2026**

Oggetto: Richiesta pagamento delle prestazioni e di altre forme di erogazione

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ Codice fiscale _____
Residente a _____ in via _____ n. _____
Telefono _____

in qualità di

- Diretto interessato;
- _____ (specificare la propria posizione rispetto al beneficiario
es. amministratore di sostegno, tutore, curatore) del sig./sig.ra _____

CHIEDE

che il pagamento delle somme relative al sostegno economico denominato "**Indennità regionale fibromialgia**" (IRF)

sia effettuato nel modo seguente:

- tramite accredito su conto corrente intestato al beneficiario:
BANCA : _____
COD.IBAN : _____
- con delega alla riscossione a favore del/della sig./sig.ra _____
(indicare tipo di parentela) _____ nato/a a
_____ il _____, residente a
_____ in Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

DICHIARA

di comunicare al Comune di Carloforte qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dell'avvenuto cambiamento

Allega:

- fotocopia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità e codice fiscale del/dei dichiarante/dichiaranti;
- eventuale decreto di nomina del tutore, amministratore di sostegno, curatore;

Carloforte li _____

Il Dichiarante _____