

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO  
"INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA" (IRF) – ANNO 2026  
ALLEGATO 1 – MODULO DI CONFERMA DEI REQUISITI**

**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 lì \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_