

**Al Responsabile del Servizio Sociale
Del Comune di BOSA**

**OGGETTO: Indennità Regionale fibromialgia. Art.12 della Legge regionale n. 5/2019: RECLAMO
AVVERSO L'ELENCO PROVVISORIO ANNO 2025**

La sottoscritta _____ nata a _____
il _____ n. telefono _____, avendo presentato richiesta L. 5/2019 di
Indennità Regionale Fibromialgia – Anno _____ con istanza prot. n. _____ del
_____ e avendo preso visione dell'elenco provvisorio degli ammessi ANNO 2025 approvato
con atto del R.d.A. n. 594/121 del 05/06/2025 presenta **reclamo** ai sensi delle norme vigenti per i seguenti
motivi:

(esporre in modo dettagliato i motivi del reclamo)

e chiede pertanto:

(indicare quale voce si chiede di rettificare per la quale si presenta il reclamo)

A dimostrazione di quanto dichiarato si allega _____

Sono consapevole che:

1. l'Ufficio Sociale si riserva la facoltà di fare eseguire le opportune indagini sulla veridicità di tutte le dichiarazioni effettuate sul presente modulo;
2. le dichiarazioni non rispondenti al vero, oltre a comportare la decadenza del beneficio, verranno perseguite penalmente ai sensi dell'art. 71, 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000;

Bosa ___/___/_____

Firma per esteso e leggibile

*Il presente reclamo è da presentarsi alla mail dell'ufficio protocollo comunale – protocollo@comune.bosa.or.it
– entro **10 giorni** dalla data di pubblicazione della graduatoria provvisoria **unitamente a un documento di
identità del sottoscrittore.***