

Spett.le COMUNE DI GOLFO ARANCI
UFF. SERVIZIO SOCIALE

OGGETTO: RIMBORSO SPESE PER “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) – ANNO 2026

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

in qualità di beneficiario dell’“Indennità Regionale Fibromialgia” - IRF 2026,

oppure

☐ Tutore e legale rappresentante;

☐ Amministratore di sostegno del beneficiario dell’“Indennità Regionale Fibromialgia” - IRF 2026

(cognome) _____ (nome) _____ nato/a a _____,

Prov. _____ il _____/_____/_____, residente a _____ Prov. _____ in

via/piazza _____, n. _____

Cod. Fiscale _____ Tel. _____ (obbligatorio) mail/PEC

_____ (obbligatorio)

con riferimento all’istanza di richiesta/rinnovo di riconoscimento del contributo “Indennità Regionale Fibromialgia” - annualità 2026

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute nell’ anno 2026.

A tal fine, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall’art. 77 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Di aver sostenuto nell’anno 2026 le seguenti spese per la cura della sindrome fibromialgica (barrare solo le voci di spesa effettuata) per un totale di € : _____

☐ acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona;

☐ acquisizione di servizi professionali educativi;

☐ spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante;

☐ accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale;

PERIODO DI PRESENTAZIONE DELLE PEZZE GIUSTIFICATIVE DAL 01 GENNAIO AL 31 GENNAIO 2027

- ☐ spese di soggiorno, per non più di 30 giorni nell'arco di un anno, presso strutture sociali autorizzate o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale;
- ☐ spese per l'acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale;
- ☐ acquisizione di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgica non forniti dal servizio sanitario regionale.

DICHIARA INOLTRE

- ☐ che le forniture di medicinali, ausili e protesi per le quali si richiede il contributo non sono stati erogate dal Servizio Sanitario Regionale;
- ☐ che i servizi professionali per i quali si chiede il contributo non hanno trovato copertura in altri interventi comunali, regionali, ministeriali;

che le pezze giustificative, quali fatture, ricevute d'acquisto o scontrini fiscali dovranno necessariamente riportare i seguenti dati:

1. Nome e cognome dell'acquirente o codice fiscale, il quale deve coincidere con il beneficiario dell'IRF;
2. Intestazione dell'esercente;
3. Importo;
4. Causale, bene o prestazione erogata;
5. Data dell'acquisto che deve essere relativa all'anno 2026.

Tutta la documentazione relativa alle spese sostenute dovrà essere trasmessa:

- a mano, all'Ufficio Protocollo del Comune di Golfo Aranci;
- all'indirizzo PEC protocollo@pec.comune.golfoaranci.ss.it;

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- ☐ Copia delle pezze giustificative quali: fatture, ricevute d'acquisto, scontrini fiscali.

Si dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e di averne compreso l'intero contenuto.

Golfo Aranci, lì _____

Firma del Dichiarante
