

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni  
penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall' art. 76  
del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

in qualità di

- ☐ beneficiario/a dell'indennità regionale fibromialgia (IRF)
- ☐ Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore \_\_\_\_\_
- ☐ familiare di riferimento

Del/la signor/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Monteleone Rocca Doria  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_

beneficiario/adell'indennità regionale fibromialgia (IRF)

**DICHIARA**

Di aver sostenuto nel 2025 le spese relative alle pezze giustificative, allegate alla presente dichiarazione, per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria dell'indennità regionale fibromialgia:

Tipologia	Importo	Periodo	Intestatario
a) acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona;			
b) acquisizione di servizi professionali educativi;			
c) spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante;			
d) accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale;			
e) 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;			
f) spese per l'acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale;			
g) acquisizione di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgica non forniti dal servizio sanitario regionale.			
<b>Totale spese</b>			

Allega:

- Copia della documentazione attestante le spese effettuate/pagate;
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);

Monteleone Rocca Doria lì \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante  
\_\_\_\_\_

Monteleone Rocca Doria lì \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante  
\_\_\_\_\_