



COMUNE DI TADASUNI

PROVINCIA DI ORISTANO

SETTORE SOCIO - CULTURALE

AL RESPONSABILE DEL
SETTORE SOCIO-CULTURALE
COMUNE DI TADASUNI

OGGETTO: RICHIESTA RICONOSCIMENTO INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF). LEGGE REGIONALE N. 5/2019, ART. 7 BIS, COMMA 2, SS.MM.II DGR N. 9/22 DEL 12 FEBBRAIO 2025 - CONTRIBUTO ANNO 2026.

Il/La sottoscritto _____, nato/a _____ il _____
residente a _____ in
Via/Piazza _____ n. _____
Codice fiscale _____ Telefono _____, e- mail _____

☐ per sè stesso

oppure, in qualità di ☐ familiare di riferimento _____

☐ tutore/amministratore di sostegno

del/la sig./ra _____,

nato/a _____ il _____ residente a _____ in

Via/Piazza _____

_____ n. _____ Codice fiscale _____,

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- di aver sostenuto **nell'anno 2026** le seguenti spese ammissibili, corredate della documentazione indicata all'art. 4 dell'avviso pubblico, soggette a rendicontazione:

DESCRIZIONE	IMPORTO DOCUMENTATO
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	€._____
Spese di soggiorno, per non più di trenta giorni nell'arco di un anno, presso strutture sociali autorizzate o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale	€._____

A tal fine allega alla domanda la seguente documentazione (documentazione OBBLIGATORIA)

- ☐ Fatture, scontrini, ricevute fiscali.
- ☐ Prescrizioni Mediche, impegnative, e dichiarazioni dei medici

Tadasuni,_____

(firma del richiedente)