

Spett.le Comune di Usini
Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Consegna pezze giustificative per la liquidazione delle provvidenze economiche Indennità Regionale Fibromialgia (IRF) per l'anno 2026.

Il/La Sottoscritto/a..... nato/a a.....
Il....., Codice fiscale....., e residente a
..... in via.....

Telefono/cellulare (obbligatorio).....

☐ IN qualità di DESTINATARIO

☐ IN nome e per conto del proprio familiare (indicare parentela)

☐ IN qualità di Legale Rappresentante (specificare nomina)

Del/la sig.re/ra

Nome e cognome..... nato/a a.....

Il....., Codice fiscale....., e
residente a USINI in via.....

Telefono/cellulare (obbligatorio).....

VISTA la domanda presentata per poter beneficiare del sostegno economico denominato “indennità regionale fibromialgia” (IRF);

CHIEDE

Che le vengano liquidate le provvidenze economiche ai sensi dell'art. 7-bis della legge regionale n. 5 del 2019 e dell'art. 12 della legge regionale n. 22 del 2022.

A tal fine, DICHIARA

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. 28 dicembre 2000 n. 445:

Di aver sostenuto le seguenti spese per interventi di carattere sanitario, non coperti da Servizio sanitario regionale, sociosanitario e di cura alla persona:

Descrizione	Somma spesa
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 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.	€

A tal scopo allega i seguenti documenti:

- ✓ copia del documento d'identità.
- ✓ Pezze giustificative.
 - ☐ In caso di legale rappresentante, copia del Decreto di nomina.
 - ☐ altro _____

Luogo,.....

Data,.....

FIRMA DEL DICHIARANTE

.....