Al Comune di Florinas
Settore Servizi Sociali
Via Grazia Deledda n.1
07030 Florinas (SS)

Pec: protocollo.florinas@pec.it

OGGETTO: L.R. n. 5/2019- Richiesta rimborso spese sostenute "Indennità Regionale Fibromialgia" (IRF). Annualità 2026

Dati richiedente

Cognome_____Nome_____nato a_____il_____

C.F._____ residente a Florinas in via_____n° _____

Cittadinanza _____ Recapito telefonico _____

indirizzo e-mail _____

DICHIARA

ai sensi di quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base di dichiarazioni non veritiere prevista dall'articolo 75 del citato D.P.R.,

- ☐ in proprio favore
- ☐ in favore di (Cognome)_____(Nome)_____ nato/a a_____, Prov. _____ il ____/____/_____, residente a Florinas in via/piazza_____, n. ____ Cod. Fiscale_____ in qualità di: _____.

In quanto Beneficiario dell'"Indennità Regionale Fibromialgia" anno 2026

Di aver sostenuto le seguenti spese dal _____ al_____, le cui pezze giustificative sono allegate alla presente dichiarazione:

- ☐ acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona pari a euro_____;
- ☐ acquisizione di servizi professionali educativi pari a euro_____;
- ☐ spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante pari a euro_____;
- ☐ 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 pari a euro_____;

- ☐ spese per l'acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale pari a euro_____;
- ☐ acquisizione di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgica non forniti dal servizio sanitario regionale pari a euro_____.

Si allegano:
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Pezze giustificative delle spese sostenute.

Florinas, _____

Firma dichiarante

_____