

Oggetto: Indennità regionale fibromialgia di cui alla L.R. n.5/2019 art. 7 bis c. 2 e s.m.i. –**Trasmissione documentazione giustificativa spese sostenute nel ____° semestre 20____**

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____ a _____
 _____ il _____ residente a Villaurbana in Via _____
 _____ n. _____ (Tel. _____),
 email _____

in riferimento al contributo "Indennità Regionale Fibromialgia" di cui all'art. 7 bis c. 2 della L.R. n.5/2019 come modificata dall'art.1 della Legge Regionale N.11 del 29.04.2025 e secondo i criteri adottati con Deliberazione di Giunta regionale n. 9/22 del 12/02/2025

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., 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 in merito alla decadenza

DICHIARA

- La permanenza dei requisiti d'accesso alla misura regionale Indennità Regionale Fibromialgia;
- Di non ricevere altre sovvenzioni pubbliche per le medesime finalità;
- di aver sostenuto ☐ **nel primo** / ☐ **nel secondo semestre 20____** le seguenti spese ammissibili 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	€. _____
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	€. _____

Totale spesa	€. _____
---------------------	----------

Il/La sottoscritt _____ **CHIEDE** che il sussidio eventualmente spettante venga liquidato mediante:

- ☐ accredito sul conto IBAN di cui all'allegato "Modalità di pagamento del contributo"
- ☐ accredito sul conto IBAN già in possesso del Comune;
- ☐ quietanza diretta;

ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA:

1. Fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
2. I seguenti documenti giustificativi attestanti le spese sostenute indicate nella presente richiesta:
 - ☐ Fatture o ricevute fiscali debitamente quietanzate -unitamente alla prescrizione del medico curante- con l'indicazione dei dati anagrafici del beneficiario, la data in cui la spesa è stata sostenuta e la dicitura "Indennità Regionale Fibromialgia 20__";
 - ☐ scontrini fiscali dettagliati solo se riportanti la denominazione del farmaco/integratore/ausilio/protesi e accompagnati dalla prescrizione del medico curante;
 - ☐ Contratti/convenzioni stipulati per _____ ;
 - ☐ Buste paga sottoscritte per quietanza dal lavoratore o accompagnate da ricevuta di bonifico;
 - ☐ Documentazione INPS (pagamento contributi, denuncia o cessazione contratto);

Villaurbana, ____/____/____

Il/La Dichiarante

SOTTOSCRIZIONE

Comune di _____ Ufficio _____

Attesto che la suddetta firma è stata apposta dal dichiarante alla presenza del dipendente comunale Istruttore Amministrativo _____ addetto a ricevere la documentazione .

_____, li _____
