

OGGETTO: Richiesta rimborso spese “Indennità Regionale Fibromialgia” - IRF –ANNO 2026

(da presentare a partire dal 1° gennaio 2027 ed entro il 31 gennaio 2027)

Il/La sottoscritto/a * _____

_____ nato/a a * _____

Prov.* _____ il ____ / ____ / ____ residente a* _____

Prov.* _____ in via/piazza * _____ n.* _____

Cod. Fiscale * _____ Tel.* _____

e-mail** _____

I campi contrassegnati con (*) sono obbligatori ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Il mancato conferimento dei dati obbligatori comporta l'impossibilità di partecipare alla procedura. I dati facoltativi, indicati come tali**, possono essere forniti su base volontaria.

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

- ☐ Di aver preso visione dell'**AVVISO PUBBLICO**; _____
- ☐ Di aver percepito l'Indennità Regionale Fibromialgia nelle annualità **2023/2024/2025** o di **essere stato ammesso al beneficio nell'anno 2026**;
- ☐ Di essere residente nel Comune di Padru;
- ☐ Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- ☐ Di essere in possesso della seguente attestazione di ISEE 2026 in corso di validità:

CHIEDE

IL RIMBORSO DELLE SPESE EFFETTUATE NELL'ANNO 2026, COME DA ELENCO SOTTO

RIPORTATO, PER UN TOTALE DI € _____:

(indicare in ogni riga l'importo della spesa e la tipologia, es. visita specialistica € 100,00 etc.)

1.	_____	€ _____
2.	_____	€ _____
3.	_____	€ _____
4.	_____	€ _____
5.	_____	€ _____
6.	_____	€ _____
7.	_____	€ _____
8.	_____	€ _____
9.	_____	€ _____
10.	_____	€ _____
11.	_____	€ _____
12.	_____	€ _____
13.	_____	€ _____
14.	_____	€ _____
15.	_____	€ _____
16.	_____	€ _____
17.	_____	€ _____
18.	_____	€ _____
19.	_____	€ _____
20.	_____	€ _____
21.	_____	€ _____
22.	_____	€ _____
23.	_____	€ _____
24.	_____	€ _____
25.	_____	€ _____

DICHIARA, INOLTRE

- ☐ che le forniture di medicinali, ausili e protesi per le quali si richiede il contributo **non** sono stati erogate dal Servizio Sanitario Regionale;
- ☐ che i servizi professionali per i quali si chiede il contributo **non** hanno trovato copertura in altri interventi comunali, regionali, ministeriali;

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- ☐ **Copia giustificativi spese di carattere sanitario corredate dalle relative prescrizioni mediche;**
- ☐ Copia documento di identità e Codice Fiscale;
- ☐ Codice IBAN c/c banca o posta o carta prepagata (NO LIBRETTO)

Intestato a: _____

- ☐ Eventuale copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;

Padru, li _____

(Firma del richiedente)

