

(Modulo Allegato C)

**AL COMUNE DI PERFUGAS
SERVIZIO SOCIO ASSISTENZIALE CULTURALE**

Domanda Di Rimborso Delle Spese Sostenute - "Indennità Regionale Fibromialgia"

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il ___/___/_____ Codice Fiscale _____

residente a _____ in Via _____

telefono _____ mail _____

CHIEDE

in proprio favore

in favore di _____ nato/a a _____

il ___/___/_____ Cod. Fiscale _____, residente a Perfugas
in via/piazza _____ tel _____

in qualità di:

amministratore di sostegno

familiare

altro.....

Beneficiario dell'Indennità Regionale Fibromialgia" anno 2026

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.,

DICHIARA

- Di aver presentato al Comune domanda per il sostegno economico denominato "Indennità Regionale Fibromialgia" (IRF);
- Che le spese sostenute nell'anno 2026, non coperte dal Servizio Sanitario Regionale, sono le seguenti:

Tipologia spesa:

- acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona per un importo di € _____;
- acquisizione di servizi professionali educativi e di supporto socioassistenziale per un importo di € _____;
- spese per attività fisiche adattate, riabilitative, per trattamenti fisioterapici e cure termali, e altri trattamenti (quali ozonoterapia, magnetoterapia, etc.), su indicazione del medico curante o dello specialista per un importo di € _____;
- spese per l'acquisto di farmaci prescritti dal medico curante o specialista, farmaci da banco, non garantiti dal Servizio sanitario regionale per un importo di € _____;

- spese per l'acquisto di integratori alimentari, prodotti parafarmaceutici o omeopatici e alimenti senza glutine assunti a scopo terapeutico per un importo di € _____;
- spese per l'acquisto di ausili, protesi o altri dispositivi utili alla gestione della patologia, prescritti dal medico curante o dallo specialista ove non garantiti dal servizio sanitario regionale per un importo di € _____;
- spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e test epigenetici correlati alla diagnosi o al monitoraggio della fibromialgia, ove non garantiti dal servizio sanitario regionale per un importo di € _____;
- ulteriori spese sanitarie o sociosanitarie per il trattamento e la gestione della fibromialgia, non riconducibili alle tipologie sopra indicate, non garantiti dal servizio sanitario regionale per un importo di € _____;
- spese per prestazioni di medicina complementare e integrata, finalizzate al supporto terapeutico e al miglioramento della qualità della vita della persona affetta da fibromialgia, effettuate su indicazione del medico curante o dello specialista, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo agopuntura, fitoterapia, omeopatia, altre pratiche di medicina complementare riconosciute e erogate nell'ambito della disciplina medica, purché non garantite dal Servizio sanitario regionale e debitamente documentate per un importo di € _____;
- spese per servizi di consulenza e assistenza amministrativa, finalizzati alla predisposizione della documentazione necessaria alla rendicontazione del beneficio economico, entro il limite massimo di euro 80, per la predisposizione della documentazione inerente alla rendicontazione della IRF per un importo di € _____.

Totale spese rendicontate € _____;

NB. La copia della certificazione delle spese, da consegnare in allegato alla presente, deve contenere, tra l'altro, le seguenti informazioni:

- Dati identificativi e riconducibili alla persona beneficiaria che richiede il contributo;
- Data e quietanza di pagamento.

ALLEGANO:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- pezze giustificative delle spese sostenute;

_____, li, _____

Firma
