

MODULO C "RICHIESTA RIMBORSO SPESE"



COMUNE DI URI

CITTÀ METROPOLITANA DI SASSARI

www.comune.uri.ss.it

AREA SERVIZI SOCIALI – CULTURALI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

All' Ufficio Servizi Sociali del
Comune di Uri

OGGETTO: "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)" ANNO 2026 – DICHIARAZIONE SPESE E RICHIESTA RIMBORSO SPESE SOSTENUTE ANNUALITÀ 2026

Il-la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____, e residente a Uri (SS) in Via
_____ n. _____, C. Fiscale.
_____ tel. _____;

In qualità di:

- BENEFICIARIO
 RAPPRESENTANTE LEGALE _____

Del/della Sig./ra _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in Via/P.zza
_____ n. _____ cod. fiscale _____

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R.

MODULO C "RICHIESTA RIMBORSO SPESE"

Che le spese sostenute nell'anno 2026 non supportate dal Servizio sanitario regionale sono le seguenti (barrare in base alla tipologia di spese sostenute):

- a) acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona;
- b) acquisizione di servizi professionali educativi e di supporto socioassistenziale;
- c) 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;
- d) spese per l'acquisto di farmaci prescritti dal medico curante o specialista, farmaci da banco, non garantiti dal Servizio sanitario regionale;
- e) spese per l'acquisto di integratori alimentari, prodotti parafarmaceutici o omeopatici e alimenti senza glutine assunti a scopo terapeutico;
- f) 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;
- g) spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e test epigenetici correlati alla diagnosi o al monitoraggio della fibromialgia, ove non garantiti dal servizio sanitario regionale;
- h) 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;
- i) 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;
- j) 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.

TOTALE SPESE RENDICONTATE €. _____

ALLEGA

Fatture / ricevute fiscali scontrini fiscali e ogni altra ulteriore documentazione attestanti le spese sostenute indicate nella presente richiesta

Data

Firma

MODULO C "RICHIESTA RIMBORSO SPESE"

SOTTOSCRIZIONE PER PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA PRIVACY, AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL GDPR 679/2016 (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION) E DELLA NORMATIVA NAZIONALE (D.LGS N.196/2003, MODIFICATO DAL D.LGS N.108/2018)

Il sottoscritto/a interessato/a del trattamento di dati dichiara di avere letto e compreso l'informativa fornita dal Titolare del trattamento in materia di trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016, resa disponibile presso l'ufficio Servizi Sociali e pubblicata sul sito istituzionale dell'ente all'indirizzo <https://egov7.halleysardegna.com/uri/zf/index.php/trasparenza/admin/index/categoria/217>, in sede di raccolta dei suddetti dati, e di averne recepito i principi nonché di aver appreso i propri diritti e la modalità con cui potranno essere fatti valere nell'ambito del trattamento dei propri dati personali.

Firma
