

Modulo rendicontazione spese  
Da presentazione agli uffici comunali entro il 15/01/2027

All'Ufficio Servizi Demografici del  
**Comune di Villaurbana**

**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 nell'anno 2026**

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. 23/38 del 13.05.2026

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 **nell'anno 2026** 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 e di supporto socioassistenziale	€. _____
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;	€. _____
Spese per l'acquisto di farmaci prescritti dal medico curante o specialista, farmaci da banco non garantiti dal servizio sanitario regionale;	€. _____
Spese per l'acquisto di integratori alimentari, prodotti parafarmaceutici o omeopatici e alimenti senza glutine assunti a scopo terapeutico;	€. _____
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;	€. _____
Spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e test epigenetici correlati alla diagnosi o al monitoraggio della fibromialgia, ove non garantiti dal servizio sanitario regionale;	€. _____
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;	
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 debitamente documentate;	€. _____
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.	€. _____
<b>Totale spesa</b>	<b>€. _____</b>

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:

- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 recante l'indicazione della/e prestazione/i richiesta/e e delle motivazioni della mancata fruizione attraverso il sistema sanitario pubblico;**
- Fatture o ricevute fiscali debitamente quietanzate -unitamente alla prescrizione del medico curante-specialista con l'indicazione dei dati anagrafici del beneficiario, della data in cui la spesa è stata sostenuta e da cui emerga che la prestazione sia strettamente finalizzata al trattamento/monitoraggio della patologia);
- scontrini fiscali dettagliati solo se riportanti la denominazione del farmaco/integratore/ausilio/protesi e accompagnati dalla prescrizione del medico curante o specialista ove non garantiti dal servizio sanitario regionale;
- 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

\_\_\_\_\_

(2) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario addetto, ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via mail, pec, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

## 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_