

Da presentare entro il 15 gennaio 2027

Al Comune di Florinas
Settore Servizi Sociali
Via Grazia Deledda n.1
07030 Florinas (SS)

Pec: protocollo.florinas@pec.it

OGGETTO: L.R. n. 5/2019- Richiesta rimborso spese sostenute “Indennità Regionale Fibromialgia” (IRF). Annualità 2026

Dati richiedente
Cognome _____ Nome _____ nato a _____ il _____
C.F. _____ residente a Florinas in via _____ n° _____
Cittadinanza _____ Recapito telefonico _____
indirizzo e-mail _____

DICHIARA

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.,

- in proprio favore
- in favore di (Cognome) _____ (Nome) _____
nato/a a _____, Prov. _____ il ____/____/_____, residente a Florinas
in via/piazza _____, n. ____ Cod. Fiscale _____
in qualità di: _____.

In quanto Beneficiario dell’“Indennità Regionale Fibromialgia” anno 2026

Di aver sostenuto le seguenti spese dal _____ al _____,
le cui pezze giustificative sono allegate alla presente dichiarazione:

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

Da presentare entro il 15 gennaio 2027

- spese per l'acquisto di integratori alimentari, prodotti parafarmaceutici o omeopatici e alimenti senza glutine assunti a scopo terapeutico pari a euro_____;
- spese per l'acquisto di ausili e protesi o altri dispositivi utili alla gestione della patologia prescritti dal medico curante o dallo specialista ove non forniti dal servizio sanitario regionale* pari a euro_____;
- spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e test epigenetici correlati alla diagnosi o al monitoraggio della fibromialgia ove non garantiti dal servizio sanitario regionale* pari a euro_____;
- 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* pari a euro_____;
- 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 pari a euro_____;
- 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, pari a euro_____;

***Indicare la motivazione della mancata fruizione attraverso il Servizio Sanitario regionale:**

Si allegano:

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

Florinas, _____

Firma dichiarante
