

OGGETTO: “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)” 2026. TRASMISSIONE GIUSTIFICATIVI DI SPESA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (_____) il ____/____/_____
C.F. _____ e Residente a _____
(_____) in Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____ e mail: _____

nella sua qualità di:

- diretto interessato legale rappresentante familiare di riferimento

Del/la signor/a _____
nato/a a _____ (_____) il ____/____/_____
C.F. _____ e residente a _____
(_____) in Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____ e mail: _____

Consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., 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,

In riferimento all'istanza relativa al sostegno economico denominato “Indennità Regionale Fibromialgia” anno 2026 ai sensi della L.R. n. 5/2019 e della D.G.R. n. 23/38 del 13.05.2026, presentata al Comune di Birori in data _____ con n. di protocollo _____

ALLEGA

La documentazione giustificativa delle seguenti spese sostenute nell'anno 2026 per un importo totale di €. _____:

- a) n. _____ ricevute/scontrini per acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona per un importo di €. _____;
- b) n. _____ ricevute/scontrini per acquisizione di servizi professionali educativi e di supporto socioassistenziale per un importo di €. _____;
- c) n. _____ ricevute/scontrini per 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 €. _____;
- d) n. _____ ricevute/scontrini per 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 €. _____;

- e) n. _____ ricevute/scontrini per spese per l'acquisto di integratori alimentari, prodotti parafarmaceutici o omeopatici e alimenti senza glutine assunti a scopo terapeutico per un importo di €. _____;
- f) n. _____ ricevute/scontrini per 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 €. _____;
- g) n. _____ ricevute/scontrini per 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 €. _____;
- h) n. _____ ricevute/scontrini per 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 €. _____;
- i) n. _____ ricevute/scontrini per 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 €. _____;
- j) n. _____ ricevute/scontrini per 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 €. _____.
- k) n. _____ ricevute/scontrini per _____

 _____ per un importo di €. _____;

DICHIARA

Di essere consapevole che il Comune di Birori provvederà ad erogare il beneficio economico a seguito della verifica della documentazione di spesa presentata e nei limiti delle risorse assegnate dalla Regione.

Allegati:

- o Documentazione giustificativa della spesa.

Luogo e data _____

Firma _____