Scadenza presentazione domande: NON OLTRE il 30/11/2026

Modulo C _ Richiesta Rimborso Spese

Al Comune di Silius

protocollo@pec.comune.silius.ca.it

OGGETTO: Richiesta concessione dell'Indennità Regionale Fibromialgia (IRF) ai sensi della L.R. n. 5/19 e n. 18/2024 per l'anno 2026.

Il/la sottoscritto/a (inserire i dati del richiedente)

QUADRO A

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Comune di residenza	
Indirizzo (via/vico, n. civico)	
Codice fiscale	
Telefono	
E-mail (obbligatoria) e Pec (consigliata)	

in qualità di

- □ Beneficiario
- □ Amministratore di sostegno
- □ Familiare referente (Caregiver)
- □ Esercente la potestà genitoriale sul minore o Incaricato della tutela della Persona interdetta o inabilitata

QUADRO B – Inserire i dati relativi alla persona per la quale si chiede l'IRF (se diversa da quella indicata nel Quadro A)

Cognome	
Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Comune di residenza	
Indirizzo (via/vico, n. civico)	
Codice fiscale	

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute per la cura della sindrome fibromialgica nel corso dell'anno 2026.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

Scadenza presentazione domande: NON OLTRE il 30/11/2026

DICHIARA

1. che le forniture di medicinali, ausili e protesi per le quali si richiede il contributo non sono stati erogate dal Servizio Sanitario Regionale;
2. che i servizi professionali per i quali si chiede il contributo non hanno trovato copertura in altri interventi comunali, regionali, ministeriali.
3. di aver sostenuto nell'anno 2026 le seguenti spese (barrare solo le voci di spesa effettuata) per un totale di € _____

ATTENZIONE: Le pezze giustificative, quali fatture, ricevute d'acquisto o scontrini fiscali dovranno necessariamente riportare i seguenti dati:

- **Nome e cognome dell'acquirente o codice fiscale, il quale deve coincidere con il beneficiario dell'IRF;**
- **Intestazione dell'esercente;**
- **Importo;**
- **Causale, bene o prestazione erogata;**
- **Data dell'acquisto che deve essere relativa all'anno 2026**

1	Acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona	€
2	Acquisizione di servizi professionali educativi	€
3	Spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante	€
4	Accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale;	€
5	Spese di soggiorno, per non più di 30 giorni nell'arco di un anno, presso strutture sociali autorizzate o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale	€
6	Spese per l'acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale	€
7	Acquisizione di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgica non forniti dal servizio sanitario regionale	€
	TOTALE SPESA dal 01/01/2026 al 30/11/2026 (termine per la presentazione della domanda di rimborso)	**€**

Allega alla presente domanda:

- □ Copia documento di identità del beneficiario e/o delegato alla presentazione dell'istanza;
- □ In caso di amministrazione di sostegno, inabilitazione o interdizione legale del beneficiario, copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;
- □ Copia delle pezze giustificative quali: fatture, ricevute d'acquisto, scontrini fiscali.

Si dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e di averne compreso l'intero contenuto.

Silius, li _____ FIRMA LEGGIBILE DEL RICHIEDENTE

(data) _____