

Spazio riservato al protocollo

Al Settore Politiche Sociali del Comune di Maracalagonis

MOD.C – TRASMISSIONE PEZZE GIUSTIFICATIVE AI FINI DELLA LIQUIDAZIONE DELL' "INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)" -ANNO 2025.

Il sottoscritto _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____, Via _____
Codice Fiscale _____, telefono _____
cell. _____ indirizzo e-mail: _____

in qualità di beneficiario dell' "Indennità Regionale Fibromialgia" (IRF) per l'anno 2025

oppure:

- Tutore e legale rappresentante;
- Amministratore di sostegno;

del beneficiario IRF-2025 (cogome e nome) _____
nato/a a _____ il _____ e residente a Maracalagonis in Via _____
Codice fiscale _____

con riferimento all'istanza di richiesta o rinnovo del contributo "IRF"2025 presentata con in data ____ con
Prot.n. _____

CHIEDE

- Il rimborso delle spese sostenute nell'anno 2025**

A tal fine, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 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

Di aver sostenuto nell'anno 2025 le seguenti spese per la cura della sindrome fibromialgica:

1. acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona per un importo di €. _____
2. acquisizione di servizi professionali educativi per un importo complessivo di € _____

3. spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante (medico specialista **non di medicina generale**) per un importo di € _____ (allegare prescrizione del medico specialista)
4. spese per accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale per un importo di € _____

-
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 per un importo di € _____
 6. spese per l'acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale per un importo di € _____
 7. acquisizione di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgica non forniti dal servizio sanitario regionale per un importo di € _____

Per un totale di € _____

DICHIARA, INOLTRE

- che le forniture di medicinali, ausili e protesi per le quali si richiede il contributo non sono stati erogate dal Servizio Sanitario Regionale;
- che i servizi professionali per i quali si chiede il contributo non hanno trovato copertura in altri interventi comunali, regionali, ministeriali;
- Di presentare documentazione **NON detraibile** in sede di dichiarazione dei redditi.

Tutta la documentazione relativa alle spese sostenute dovrà essere consegnata all'Ufficio Protocollo del Comune di Maracalagonis **a mano e in busta chiusa.**

Le pezze giustificative, quali fatture o ricevute d'acquisto recanti l'intestazione dell'esercente, dovranno necessariamente riportare i seguenti dati:

1. **Nome, cognome codice fiscale dell'acquirente, il quale deve coincidere con il beneficiario dell'IRF per l'anno 2025**
2. **Importo;**
3. **Causale o bene acquistato;**
4. **Data dell'acquisto che deve essere relativa all'anno 2025**

Si allega alla presente la seguente documentazione:

1. Copia documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
2. Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);
3. Scontrini fiscali e fatture o ricevute d'acquisto recanti l'intestazione dell'esercente relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi all'anno 2025 con indicazione del codice fiscale del beneficiario unitamente a prescrizione specialistica.

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.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)
