



COMUNE DI CASTIADAS
Città Metropolitana di Cagliari
UFFICIO POLITICHE SOCIALI E SERVIZI ALLA PERSONA

Spett.le COMUNE DI CASTIADAS
Ufficio Politiche Sociali e Servizi Alla Persona
Loc. Olia Speciosa - 09040 – Castiadas

OGGETTO: Presentazione pezze giustificative ai fini del rimborso spese per “Indennità Regionale Fibromialgia” - IRF 2026

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____, Prov. ____ il ____/____/____, residente
a _____ Prov. ____ in via/piazza _____, n. ____
Cod. Fiscale _____ Tel. _____ (obbligatorio)
mail/PEC _____ (obbligatorio) in qualità di beneficiario dell’“Indennità Regionale
Fibromialgia” - IRF 2026,
oppure

☐ Tutore e legale rappresentante;

☐ Amministratore di sostegno

del beneficiario dell’“Indennità Regionale Fibromialgia” - IRF 2026

(cognome) _____ (nome) _____ nato/a a _____
_____, Prov. ____ il ____/____/____, residente a _____
Prov. ____ in via/piazza _____, n. ____ Cod. Fiscale _____
Tel. _____ (obbligatorio) mail/PEC _____
(obbligatorio)

con riferimento all’istanza di richiesta/rinnovo di riconoscimento del contributo “**Indennità Regionale Fibromialgia” - annualità 2026**

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute nell’ anno 2026.

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

DICHIARA

Di aver sostenuto nell’anno **2026** le seguenti spese per la cura della sindrome fibromialgica (barrare solo le voci di spesa effettuata) **per un totale di € _____:**

- ☐ acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona;
- ☐ acquisizione di servizi professionali educativi;
- ☐ spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante;

- accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale;
- 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;
- spese per l'acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale;
- acquisizione di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgica non forniti dal servizio sanitario regionale.

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;

Tutta la documentazione relativa alle spese sostenute dovrà essere trasmessa:

- all'Ufficio Protocollo del Comune di Castiadas a mano;
- all'indirizzo PEC protocollo@pec.comune.castiadas.su.it;

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

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

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. 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.

Castiadas, _____

Firma del dichiarante
