

Spett.le **COMUNE DI DOLIANOVA**

Alla c.a. Servizio Sociale e alla
Persona

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE PER IL CONTRIBUTO INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA IRFAI SENSI DELLA L.R. N. 5/2019 ART. 7 BIS COSÌ COME MODIFICATO DALLA L.R. N. 18 DEL 21 NOVEMBRE 2024 E DELLA DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 9/22 DEL 12.02.2025

Il/la sottoscritto/a _____ nat_ a
_____ il _____ residente a
_____ in via/piazza _____ n. _____ C.F.
_____ telefono _____ email
_____ PEC: _____;

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000,

- che il cittadino in possesso dei requisiti previsti dal programma "Indennità regionale Fibromialgia IRF" ha sostenuto nell'anno 2026 (dal 01.01.2026 al 31.12.2026) spese per un importo complessivo di €_____.

Nello specifico:

- a) acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona per un importo di €_____;
- b) acquisizione di servizi professionali educativi per un importo di €_____;
- c) spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante per un importo di €_____;
- d) accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale per un importo di €_____;
- e) 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 €_____;

- f) spese per l'acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale per un importo di €_____;
- g) acquisizione di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgia non forniti dal servizio sanitario regionale per un importo di €_____.
- che per le spese oggetto di rendicontazione, nella misura in cui le stesse sono rimborsate con la presente misura, non ha ricevuto e non riceverà rimborsi a qualsiasi titolo da altre misure regionali e statali e che non usufruirà per le stesse delle detrazioni fiscali mediante dichiarazione mod 730/Unico 2026;

Allega:

- Ricevute di pagamento delle spese effettuate nel 2026, come meglio specificato nell'Avviso;
- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità nel caso in cui la presente rendicontazione non sia presentata contestualmente alla richiesta di ammissione al contributo;

Dolianova, _____

Firma
