

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 (IRF) AI 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. 23/38 DEL 13.05.2026

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 pari a € _____;

b) acquisizione di servizi professionali educativi e di supporto socioassistenziale, per un importo pari a € _____;

c) 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 pari a € _____;

d) spese per l'acquisto di farmaci prescritti dal medico curante o specialista, farmaci da banco, non garantiti dal Servizio sanitario regionale, per un importo pari a € _____;

e) spese per l'acquisto di integratori alimentari, prodotti parafarmaceutici o omeopatici e alimenti senza glutine assunti a scopo terapeutico, per un importo pari a € _____;

f) 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 pari a € _____;

g) 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 pari a €_____;

h) 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 pari a €_____;

i) 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 pari a €_____;

j) 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 pari a €_____;

- 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;
- 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
