

Al Responsabile del Servizio
“SERVIZI TERRITORIALI ALLA PERSONA”
del Comune di Terralba
Via Baccelli, 1
09098 Terralba (OR)

DA PRESENTARE ENTRO E NON OLTRE IL 29/01/2027

OGGETTO: “INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)” TRASMISSIONE DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA DELLE SPESE SOSTENUTE - ANNUALITA' 2026.

Il/La sottoscritto/a

Dati del RICHIEDENTE

Cognome										Nome											
Luogo di nascita										prov.		Data di nascita									
Codice Fiscale																					
Indirizzo n. civico																					
Comune								CAP						Prov.							
Tel.										Cell.											
e-mail:																					

☐ per conto proprio

oppure in qualità di:

☐ Genitore o altro familiare

☐ Tutore

☐ Curatore ☐ Amministratore di sostegno

☐ _____;

del/della Sig. /Sig.ra

Cognome										Nome											
Luogo di nascita										prov.		Data di nascita									
Codice Fiscale																					
Indirizzo n. civico																					
Comune								CAP						Prov.							
Tel.										Cell.											
e-mail:																					

in riferimento alla domanda per la richiesta del contributo “Indennità Regionale Fibromialgia”, annualità 2026, di cui all’art. 7 bis della L.R. n. 5/2019 come modificata dall’art.1, comma 9, della L.R. n.18 del 21.11.2024, presentata in data _____ Protocollo n° _____

consapevole delle conseguenze penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dei benefici di cui all’art. 75 del medesimo D.P.R. N. 445/2000

DICHIARA

- La permanenza dei requisiti d’accesso alla misura regionale Indennità Regionale Fibromialgia;
- Di non ricevere altre sovvenzioni pubbliche per le medesime finalità;
- di aver sostenuto **dal 01/01/2026 al 31/12/2026** le seguenti spese ammissibili soggette a rendicontazione:

Descrizione	Importo documentato
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	€. _____

ATTENZIONE! Ogni documento giustificativo allegato deve essere riconducibile in modo chiaro al beneficiario dell’Indennità.

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 ALLEGARE ALLA PRESENTE:

- ☐ Documenti giustificativi (Fatture / ricevute fiscali scontrini fiscali) attestanti le spese sostenute;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario.

TERRALBA, ____/____/2026

Il/La Dichiarante
