

Oggetto: Richiesta rimborso – Indennità Regionale Fibromialgia (IRF) – scadenza **15/01/2027**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a in
_____ il ____/____/_____, residente a
_____ in via/p.zza _____, n. _____

Tel/cell. _____ C.F. _____
email _____ PEC _____

per se'stesso/a

ovvero in qualità di

familiare/persona di riferimento

Tutore

Curatore

Amministratore di Sostegno

Procuratore

di _____ nato a _____

il _____, residente a Marrubiu (OR), Via _____,

C.F. _____

in riferimento alla domanda/conferma requisiti per la richiesta del contributo “Indennità Regionale Fibromialgia (IRF) di cui alla L.R. n. 5/2019 art. 7 bis, comma 2, ss.mm.ii. e DGR n. 23/38 del 13 maggio 2026, presentata in data _____ protocollo n° _____

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

- la permanenza alla data odierna dei requisiti d'accesso alla misura regionale IRF;
- di non ricevere né aver ricevuto nel corso del 2026 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 non garantite a carico del Servizio sanitario regionale finalizzate al miglioramento della qualità della vita delle persone affette da fibromialgia:

Descrizione	Importo documentato
acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona	€ _____
acquisizione di servizi professionali educativi e di supporto socioassistenziale	€ _____
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	€ _____
spese per l'acquisto di farmaci prescritti dal medico curante o specialista, farmaci da banco, non garantiti dal Servizio sanitario regionale	€ _____
spese per l'acquisto di integratori alimentari, prodotti parafarmaceutici o omeopatici e alimenti senza glutine assunti a scopo terapeutico	€ _____
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	€ _____
spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e test epigenetici correlati alla diagnosi o al monitoraggio della fibromialgia, ove non garantiti dal servizio sanitario regionale	€ _____
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	
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	
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	

La documentazione di spesa relativa all'anno di riferimento dell'indennità deve essere presentata al comune di residenza entro il **15 gennaio dell'anno successivo**. **Il comune provvede alla verifica dell'ammissibilità delle spese e all'erogazione del beneficio economico anche in più tranche nei limiti delle risorse assegnate dalla Regione.**

La mancata erogazione della prestazione da parte del Servizio sanitario regionale può essere attestata con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa dall'interessato, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, recante l'indicazione della prestazione richiesta e delle motivazioni della mancata fruizione attraverso il sistema pubblico. Resta a carico del comune la verifica, tramite l'azienda socio-sanitaria locale di riferimento, delle spese non rimborsabili dal Servizio sanitario regionale.

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

CHIEDE

che il mandato di pagamento dei rimborsi SIA EROGATO:

- con le stesse modalità dell'anno precedente (se già beneficiario del contributo)**

ovvero

- direttamente al beneficiario** mediante:

quietanza diretta

oppure

accredito su conto corrente o altra tipologia simile

istituto di credito _____

IBAN _____

ovvero

- ad altro beneficiario** mediante:

quietanza diretta al Sig./Sig.ra _____

nato a _____ il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

codice fiscale _____

oppure

accredito su conto corrente o altra tipologia simile intestato a

cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

codice fiscale _____

istituto di credito _____

IBAN _____

**se non indicato diversamente il mandato di pagamento sarà erogato per cassa
direttamente al beneficiario**

Il Dichiarante

Si allega:

- copia documento di identità in corso di validità del dichiarante e della persona per cui si presenta l'istanza;
- in caso di amministratore di sostegno, inabilitazione o interdizione legale del beneficiario, copia del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;
- documenti giustificativi (fatture, ricevute fiscali, scontrini fiscali) attestanti le spese sostenute;
- eventuale **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa dall'interessato, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, recante l'indicazione della prestazione richiesta e delle motivazioni della mancata fruizione attraverso il sistema pubblico;**

INFORMATIVA

**(articolo 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e artt.13-14 del Regolamento UE 2016/679)
(RGPD)**

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Tutti i dati personali trasmessi dal richiedente con la presente domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della presente procedura e verranno utilizzati, anche con modalità automatizzate, per tale scopo nel rispetto di quanto previsto agli artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD) i dati personali conferiti con la domanda saranno trattati con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dallo stesso Regolamento, in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. Il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro mancato inserimento nella domanda di partecipazione al concorso non consente di dar corso al procedimento. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'esecuzione della presente procedura e saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea ed indicati nell'informativa dettagliata. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del RGPD) Titolare del trattamento dei dati è IL COMUNE DI MARRUBIU.

Responsabile della protezione dei dati è: Soluzione srl – Via G. Oberdan 140 – info@entionline.it; soluzione@legalmail.it Referente RDP: Nadia Corà – consulenza@entionline.it

Consenso del concorrente: Acquisite le sopra riportate informazioni, con la presentazione della domanda, il dichiarante prende atto ed acconsente espressamente al trattamento dei dati personali come sopra definito.

CONSENSO

Al trattamento da parte del titolare e del responsabile sopra indicati, dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte.

Data _____

Firma _____

Controllo dichiarazioni sostitutive (articolo 71 del D.P.R. 445/2000)

1. Il/La dichiarante è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000).

2. Qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici (concessione contributo) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

3. Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto alla ricezione ovvero sottoscritte e inviate all'ufficio competente, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del/della dichiarante, via fax o tramite un incaricato o a mezzo posta o per via telematica. Se il documento di identità non è più valido l'interessato deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. Le istanze e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se sottoscritte mediante la firma digitale o quando il/la sottoscrittore/trice è identificato/a dal sistema informatico con l'uso della carta di identità elettronica (articolo 38 del D.P.R. 445/2000).

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione della informativa sopra riportata e di essere informato del fatto che l'Ente ricevente la presente dichiarazione sostitutiva attiverà i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art.71 del D.P.R.445/2000, e delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni non veritiere.

Data _____

Firma _____

La firma non va autenticata. La dichiarazione è esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 14 della tabella allegato B) del D.P.R. 642/1972.

Allegare fotocopia documento d'identità nel caso di firma non apposta innanzi al dipendente addetto