

Oggetto: Richiesta rimborso – Indennità Regionale Fibromialgia (IRF)

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 per la richiesta del contributo "Indennità Regionale Fibromialgia (IRF)  
di cui alla L.R. n. 5/2019 e della L.R. 18/2024, 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 2025 altre sovvenzioni pubbliche per le medesime finalità;
- di aver sostenuto dal 01/01/2025 al 31/12/2025 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.**

### 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;
- \_\_\_\_\_

## **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](mailto: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**