

COMUNE DI ESCALAPLANO
PROVINCIA SUD SARDEGNA

Arrivo il

Prot. N.
Uff. Serv. Sociali**Al Comune di Escalaplano**
Via Sindaco Giovanni Carta n. 18 Escalaplano (SU)
PEC: protocollo@pec.comune.escalaplano.ca.it**DA PRESENTARE ENTRO E NON OLTRE IL 31/01/2026****Oggetto: "Indennità regionale Fibromialgia (IRF)" trasmissione documentazione giustificativa delle spese sostenute - annualità 2025.**

Il/La sottoscritto/a

Dati del RICHIEDENTE

Cognome										Nome											
Luogo di nascita										prov.		Data di nascita									
Codice Fiscale																					
Indirizzo n. civico		Via n.																			
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 2025, 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 01/01/2025 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.

Si chiede che il pagamento dell'assegno venga effettuato sul tramite accredito sul conto corrente bancario o postale avente le seguenti coordinate:

IBAN				Istituto Bancario/Poste:																		
Paese		CIN E.		CIN	ABI				CAB				Numero c/c									

• intestato a nome del/la sottoscritto/a

• cointestato tra la/le persona/e richiedente/i l'assegno e il Sig./Sig.ra (nome e cognome)

.....

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.

Escalaplano, ____/____/____

Il/La Dichiarante
