

COMUNE DI TETI 	COMUNE DI TETI PROVINCIA DI NUORO ***** Corso Italia n. 63 - C.A.P. 08030 Tel. 0784/68023 - Fax. 0784/68229 Cod. Fiscale 81000970913 - Part. I.V.A. 00716030911 Sito Web - www.comune.teti.nu.it AREA SOCIO-CULTURALE, PUBBLICA ISTRUZIONE E SPORT *****
---	--

**AL SERVIZIO SOCIO-CULTURALE, P.I. E SPORT
DEL COMUNE DI TETI**

OGGETTO: INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” - (IRF) - Legge Regionale 18 gennaio 2019, n. 5 e s.m.i., art. 7-bis, commi 1 e 2. Richiesta liquidazione provvidenze economiche.

Il/La sottoscritto/a nato/a a.....il

Residente a in Via n°.....

Tel./cell. n°..... email

Codice Fiscale

In qualità di:

- ☐ Destinatario
- ☐ Legale Rappresentante
- ☐ Altro familiare (indicare il grado di parentela)

Del proprio congiunto

indicare cognome e nome - (indicare il grado di parentela);

nato/a il e residente a Teti;

Via/Vico/Corso n.;

CHIEDE

- ☐ che le vengano liquidate le provvidenze economiche relative all’indennità regionale fibromialgia - IRF- ai sensi dell’art. 7-bis della L.R. n. 5/2019 e s.m.i. - D.G.R. N. 9/22 del 12 febbraio 2025, relative all’annualità 2026.

A TAL FINE

consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

☐ di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;

Che per la misura in oggetto sono state sostenute le seguenti voci di spesa:

	DESCRIZIONE SPESA	SPESA SOSTENUTA
a	acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona	
b	acquisizione di servizi professionali educativi	
c	spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante	
d	accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale	
e	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	
f	spese per l'acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale	
g	acquisizione di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgica non forniti dal servizio sanitario regionale	

Il/La sottoscritto/a chiede, inoltre, che il suddetto rimborso avvenga nel seguente modo:

accredito su c.c. bancario/postale c/o Banca/Poste _____ filiale di _____ avente il codice Iban: _____

Allega la seguente documentazione:

- ☐ Pezze giustificative delle spese sostenute;
- ☐ Documento d'identità;
- ☐ Copia IBAN con l'indicazione dei soggetti intestatari (non si accettano IBAN scritti a mano ma solo documenti stampati con intestazione della Banca/Posta).

Teti, Lì _____

IL DICHIARANTE

Firma _____