

<p>COMUNE DI TETI</p> 	<h1>COMUNE DI TETI</h1> <h2>PROVINCIA DI NUORO</h2> <p>*****</p> <p>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</p> <p>AREA SOCIO-CULTURALE, PUBBLICA ISTRUZIONE E SPORT</p> <p>*****</p>
---	--

**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 e di supporto socioassistenziale	
c	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	
d	spese per l'acquisto di farmaci prescritti dal medico curante o specialista, farmaci da banco, non garantiti dal Servizio sanitario regionale	
e	spese per l'acquisto di integratori alimentari, prodotti parafarmaceutici o omeopatici e alimenti senza glutine assunti a scopo terapeutico	
f	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	
g	spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e test epigenetici correlati alla diagnosi o al monitoraggio della fibromialgia, ove non garantiti dal servizio sanitario regionale	
h	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	
i	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	
j	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	

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, Li _____

IL DICHIARANTE

Firma _____