

DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO A DECORRERE DAL 01.12.2026 FINO AL 15.12.2026.

Al Responsabile dell'ufficio di Servizio Sociale
Del Comune di
SIMALA

OGGETTO: Trasmissione pezze giustificative per liquidazione provvidenze economiche
indennità regionale fibromialgia (IRF) per l'anno 2026.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a Simala, Via/ Piazza _____ n° _____
Codice Fiscale _____
telefono _____ cellulare _____ (recapito telefonico indispensabile),
Email: _____;

In qualità di:

- ☐ destinatario del programma;
- ☐ amministratore di sostegno del beneficiario: _____;
- ☐ familiare di riferimento del beneficiario: _____;
- ☐ genitore del minore: _____;

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità:

CHIEDE

- che le vengano liquidate le provvidenze economiche ai sensi della Legge regionale n. 5/2019, art. 7 bis, comma 2, ss.mm.ii. DGR n. 9/22 del 12 febbraio 2025;

DICHIARA

- Di aver sostenuto per l'annualità 2026, le seguenti spese così di seguito citate:

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.	€
TOTALE	€

Allega:

- Attestati di pagamento delle spese sostenute (fatture, ricevute scontrini ecc.);
- Copia documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;

Simala, _____

Firma del dichiarante