



COMUNE DI ITTIRI

(CITTÀ METROPOLITANA DI SASSARI)

SETTORE SOCIO – ASSISTENZIALE, CULTURALE, SCOLASTICO E SPORTIVO

Via San Francesco, 1 tel. 079/445200

protocollo@pec.comune.ittiri.ss.it

MODULO DI RENDICONTAZIONE SPESE – ANNO 2026

Indennità Regionale Fibromialgia (IRF)

Legge Regionale 18 gennaio 2019, n. 5

D.G.R. n. 9/22 del 12/02/2025, aggiornata con D.G.R. n. 23/38 del 13/05/2026.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____
in via/piazza _____ n° _____ C.F. _____ n. di telefono _____
Mail/Pec _____

In qualità di:

☐ **beneficiario**

Del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____ n° _____
C.F. _____ n. di telefono _____
Mail/Pec _____ ;

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

☐ **Di aver presentato al Comune domanda per il sostegno economico denominato "Indennità Regionale Fibromialgia" (IRF);**

- Che le spese sostenute nell'anno 2026, non coperte dal Servizio Sanitario Regionale, sono le seguenti:**

Tipologia spesa:

- ☐ *acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona per un importo di € _____;*
- ☐ *acquisizione di servizi professionali educativi e di supporto socioassistenziale per un importo di € _____;*
- ☐ *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 per un importo di € _____;*
- ☐ *spese per l'acquisto di farmaci prescritti dal medico curante o specialista, farmaci da banco, non garantiti dal Servizio sanitario regionale per un importo di € _____;*
- ☐ *spese per l'acquisto di integratori alimentari, prodotti parafarmaceutici o omeopatici e alimenti senza glutine assunti a scopo terapeutico per un importo di € _____;*
- ☐ *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 per un importo di € _____;*

- _____;
- ☐ *spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e test epigenetici correlati alla diagnosi o al monitoraggio della fibromialgia, ove non garantiti dal servizio sanitario regionale per un importo di € _____;*
 - ☐ *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 per un importo di € _____;*
 - ☐ *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 per un importo di € _____;*
 - ☐ *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 per un importo di € _____.*

Totale spese rendicontate € _____;

NB. La copia della certificazione delle spese, da consegnare in allegato alla presente, deve contenere, tra l'altro, le seguenti informazioni:

- **Dati identificativi e riconducibili alla persona beneficiaria che richiede il contributo;**
- **Data e quietanza di pagamento.**

Periodo di riferimento delle spese sostenute:

- ☐ *Dal 1 gennaio al 30 giugno 2026 → per spese sostenute nel periodo gennaio/giugno 2026;*
- ☐ *Dal 1 luglio al 31 dicembre 2026 → per spese sostenute nel periodo luglio/dicembre 2026;*

ALLEGA:

- ☐ Copia dei documenti giustificativi attestanti le spese sostenute indicate nella presente richiesta;
- ☐ Copia della prescrizione medica dei farmaci non forniti dal servizio sanitario regionale;
- ☐ Eventuale delega/tutela/amministrazione di sostegno;
- ☐ Modulo per la comunicazione delle coordinate bancarie ai fini dell'accredito *(nel caso in cui non siano state indicate/allegate in fase di presentazione della domanda);*
- ☐ Copia fronte/retro del documento d'identità;
- ☐ Altro: _____

Luogo e Data

(Firma)

Informativa privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)
I dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali connesse al procedimento relativo alla presente richiesta.

Per presa visione

Firma _____