

**AL COMUNE DI SENNORI  
SERVIZI SOCIALI**

**Domanda di Rimborso delle Spese Sostenute - "Indennità Regionale Fibromialgia 2026"**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

in proprio favore

in favore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_, residente a Sennori

in via/piazza \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

in qualità di:

amministratore di sostegno

familiare

altro \_\_\_\_\_

**Beneficiario dell'Indennità Regionale Fibromialgia anno 2026**

ai sensi di quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base di dichiarazioni non veritiere prevista dall'articolo 75 del citato D.P.R.,

**DICHIARA**

Di aver sostenuto le seguenti spese dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, le cui  
pezze giustificative sono allegate alla presente dichiarazione:

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.

€ \_\_\_\_\_

**ALLEGANO:**

- Copia documento di identità in corso di validità;
- pezze giustificative delle spese sostenute;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa dall'interessato, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, recante l'indicazione della prestazione richiesta e delle motivazioni della mancata fruizione attraverso il sistema pubblico.

Sennori lì, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_