

Spett.le **COMUNE DI SAN GAVINO MONREALE**
VIA TRENTO, 2
09037 SAN GAVINO MONREALE

All'attenzione di: **SERVIZI SOCIALI**

“INDENNITA’ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF)2025

RICHIESTA

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ prov (____) Il ____/____/____

Residente a San Gavino Monreale Via/piazza _____ N° _____

Cod. Fiscale _____

(È necessario fornire i recapiti di contatto per eventuali comunicazioni inerenti all’istruttoria dell’istanza)

Tel. _____ e-mail _____

CHIEDE

Il sostegno economico denominato I.R.F. ai sensi della LR. n. 5/2019, come modificata dall’art. 12 della LR. n. 22/2022 e successive integrazioni e modificazioni:

In suo favore

In favore di _____

Nato/a a _____ prov (____) Il ____/____/____

Residente a San Gavino Monreale Via/piazza _____ N° _____

Cod. Fiscale _____ in qualità di _____

A tal fine, ai sensi degli artt.46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall’art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000

DICHIARA

1. Di essere residente nel comune di San Gavino Monreale
2. Di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia
3. Di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia
4. Di aver letto e compreso l’informativa allegata sul trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 e del Codice della Privacy.
5. Di autorizzare l’Amministrazione Comunale all’utilizzo dei dati in suo possesso per l’istruttoria della presente istanza.
6. Di aver letto e compreso quanto descritto nell’allegato “A” (SPESE AMMISSIBILI)

Allega alla presente:

- Certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia espressa in modo chiaro e inequivocabile (rilasciato da un medico specialista: reumatologo, ortopedico, fisiatra), rilasciato in data antecedente il 30.04.2025.
- Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario e (se non coincidono) del richiedente.
- Solo in caso di soggetti amministrati o tutelati: copia conforme all’originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di Sostegno.
- Attestazione ISEE in corso di validità
- Fotocopia del codice IBAN

San Gavino Monreale, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

SPESE AMMISSIBILI

Sono ammissibili le seguenti spese sostenute **dal 01.01.2025 al 31.12.2025** al sostegno economico richiesto per:

- 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.

Ogni spesa deve essere riconducibile in modo univoco e chiaro al beneficiario dell'Indennità.

La documentazione di spesa dell'anno (2025) può essere presentata al comune di residenza, utilizzando il modulo apposito (allegato "B"), nel corso del 2025 ed entro e non oltre il 16.01.2026, che provvederà ad erogare il beneficio economico a seguito della verifica della stessa e nei limiti delle risorse assegnate dalla Regione.

Spett.le **COMUNE DI SAN GAVINO MONREALE**
VIA TRENTO, 2
09037 SAN GAVINO MONREALE

All'attenzione di: **SERVIZI SOCIALI**

“INDENNITA’ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) 2025.

RENDICONTAZIONE

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ prov (____) Il ____/____/____

Residente a San Gavino Monreale Via/piazza _____ N° _____

Cod. Fiscale _____

In suo favore

In favore di _____

Nato/a a _____ prov (____) Il ____/____/____

Residente a San Gavino Monreale Via/piazza _____ N° _____

Cod. Fiscale _____ in qualità di _____

Allega alla presente la documentazione di spesa per € _____ riferita all’ istanza di Indennità

Regionale Fibromialgia presentata il ____/____/____ con n° di prot. _____

A tal fine, ai sensi degli artt.46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall’art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- Che la documentazione in allegato alla presente è riconducibile in modo univoco al beneficiario dell’indennità (IRF).
- Che la documentazione allegata alla presente giustifica la spesa sostenuta per il beneficio economico richiesto.

San Gavino Monreale, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____