

**INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF) – ANNUALITA' 2026
DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2026
Da consegnare al Protocollo del Comune di Carloforte entro il 15/01/2027**

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ___/___/___ Codice Fiscale _____ residente a
CARLOFORTE in Via/Piazza/Loc. _____ n. _____
recapito telefonico _____ indirizzo e-mail _____

In qualità di:

- diretto interessato
- familiare (genitore, figlio, ...)
- amministratore di sostegno
- altro _____

(Nome e Cognome) _____ nato/a a _____ il ___/___/___
Codice Fiscale _____ residente a Carloforte in
Via/Piazza/Loc. _____ n. _____

ai sensi di quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del D.P.R N° 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. e della conseguente decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del citato D.P.R.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che:

**le spese sostenute nell'anno 2026: dal _____ al _____
non supportate da Servizio sanitario regionale (S.S.R.), sono le seguenti:**

- 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 € _____

Per un totale complessivo apri ad € _____

DICHIARA ALTRESÌ

che le spese mediche non sono state (o non saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi;

che le spese mediche sono state (o saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi per un importo complessivo pari ad € _____¹⁾

Allega:

- fatture/ricevute fiscali, scontrini fiscali parlanti²⁾, pezze giustificative delle spese sostenute intestate al beneficiario;

Carloforte, lì _____

Firma del Dichiarante _____

INFORMATIVA PRIVACY

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e di erogazione dell'intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016).

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Carloforte.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste per la Domanda di Rimborso delle Spese sostenute del Programma Regionale "Mi prendo cura".

Carloforte, lì _____

Firma del dichiarante _____

Note per la compilazione:

1) Indicare l'importo complessivo che si è portato o si intende portare in detrazione in fase di dichiarazione dei redditi.

2) Lo scontrino parlante: documento dettagliato, che da un lato registra specificatamente la tipologia, la quantità e la natura dei prodotti acquistati mentre dall'altro riporta il **codice fiscale che deve essere necessariamente quello della persona affetta da fibromialgia.**