

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 29/01/2027

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 non supportate da Servizio sanitario regionale (S.S.R.),
sociosanitario e di cura alla persona per i non abbienti sono le seguenti:**

	Tipologia	Importo	Periodo
a)	SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE E ALLA PERSONA		
b)	SERVIZI PROFESSIONALI EDUCATIVI		
c)	PER ATTIVITA' 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, NON PIU' DI 30 GIORNI NELL'ARCO DI UN ANNO, PRESSO STRUTTURE SOCIALI O RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI AUTORIZZATE LIMITATAMENTE AL PAGAMENTO DELLA SPESA SOCIALE		
f)	INTEGRATORI ALIMENTARI, AUSILI E PROTESI NON FORNITI DAL S.S.R.		
g)	FARMACI DA BANCO O PRESCRITTI DAL MEDICO CURANTE PER LA PATOLOGIA I.R.F. NON FORNITI DAL S. S. R.		
	Totale spese		

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 e relative ai punti a), b), c), d), e);
- scontrini fiscali parlanti²⁾ /ricevute fiscali relative ai punti f), g), 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.**