

**INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)
ANNUALITA' 2025
DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2025
Da presentare entro il 30/01/2026**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____

Codice Fiscale _____

residente/domiciliato in _____ in via _____ n° ____

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

In qualità di:

- diretto interessato
- coniuge
- figlio
- tutore legale
- amministratore di sostegno
- altro _____

del Sig./ra _____

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____ Codice

Fiscale _____

residente/domiciliato in _____ in via _____ n° ____

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

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

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che:

**le spese sostenute nell'anno 2025 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.**