



Ufficio dei Servizi Sociali

**SCADENZA
31 GENNAIO 2027**

**Oggetto: INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF) ANNO 2026
RICHIESTA RIMBORSO**

Cognome _____ Nome _____
luogo di nascita _____ (_____) data di nascita _____
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_
indirizzo _____ n° _____
comune _____ cap _____ prov. _____
telefono _____ cellulare _____
e-mail _____
pec _____

☐ genitore o altro familiare (indicare il grado di parentela _____)

☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno

☐

Cognome _____ Nome _____
 luogo di nascita _____ (_____) data di nascita _____
 codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
 indirizzo _____ n° _____
 telefono _____ cellulare _____
 e-mail _____
 pec _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, d'informazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/28.12.2000

☐ la permanenza alla data odierna dei requisiti d'accesso alla misura regionale IRF

☐ di non ricevere né aver ricevuto nel corso del 2026 altre sovvenzioni pubbliche per le medesime finalità;

☐ di aver sostenuto dal **01/01/2026** al **31/12/2026** le seguenti spese ammissibili soggette a rendicontazione:

Descrizione	Importo documentato
acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona	€ _____
acquisizione di servizi professionali educativi	€ _____
spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante	€ _____
accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale	€ _____
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	€ _____
spese per l'acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale	€ _____
acquisizione di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgica non forniti dal servizio sanitario regionale	€ _____

ATTENZIONE! Ogni documento giustificativo allegato deve essere riconducibile in modo chiaro al beneficiario dell'indennità.

CHIEDE, INOLTRE

che i rimborsi siano effettuati con una delle seguenti modalità:

- ☐ rimessa diretta in banca (solo per importi inferiori a 1.000,00 euro)
- ☐ accredito in conto corrente o altra tipologia simile (**no libretto postale**)

istituto di credito

intestato a _____

IBAN |

Il Dichiarante

ALLEGA

- ☐ copia documento d'identità in corso di validità del dichiarante e del beneficiario, se non coincidenti;
- ☐ in caso di amministratore di sostegno, inabilitazione o interdizione legale del beneficiario, copia del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;
- ☐ documenti giustificativi (fatture, ricevute fiscali, scontrini fiscali) attestanti le spese sostenute.
- ☐

La firma non va autenticata. La dichiarazione è esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 14 della tabella allegato B) del D.P.R. 642/1972. **Allegare fotocopia documento d'identità nel caso di firma non apposta innanzi al dipendente addetto**

INFORMATIVA
(articolo 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e artt.13-14 del Regolamento UE 2016/679) (RGPD)
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Tutti i dati personali trasmessi dai candidati con la domanda di partecipazione al concorso saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della presente procedura e verranno utilizzati, anche con modalità automatizzate, per tale scopo nel rispetto di quanto previsto agli artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD) i dati personali conferiti con la domanda saranno trattati con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dallo stesso Regolamento, in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. Il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro mancato inserimento nella domanda di partecipazione al concorso non consente di dar corso al procedimento. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'esecuzione della presente procedura e saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea ed indicati nell'informativa dettagliata. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del RGPD) Titolare del trattamento dei dati è il COMUNE DI SAN NICOLÒ D'ARCIDANO.

Responsabile della protezione dei dati è: Soluzione srl – Via G. Oberdan 140 – info@entionline.it; soluzione@legalmail.it Referente RDP: Nadia Corà – consulenza@entionline.it

Consenso del concorrente: Acquisite le sopra riportate informazioni, con la presentazione della domanda di partecipazione al concorso, il concorrente prende atto ed acconsente espressamente al trattamento dei dati personali come sopra definito.

CONSENSO Al trattamento da parte del titolare e del responsabile sopra indicati, dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte.

Data _____

Firma _____

Controllo dichiarazioni sostitutive (articolo 71 del D.P.R. 445/2000)

1. Il/La dichiarante è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000).
2. Qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/La dichiarante decade dai benefici (concessione contributo) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).
3. Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto alla ricezione ovvero sottoscritte e inviate all'ufficio competente, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del/della dichiarante, via fax o tramite un incaricato o a mezzo posta o per via telematica. Se il documento di identità non è più valido l'interessato deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. Le istanze e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se sottoscritte mediante la firma digitale o quando il/La sottoscrittore/trice è identificato/a dal sistema informatico con l'uso della carta di identità elettronica (articolo 38 del D.P.R. 445/2000).

IL SOTTOSCRITTO Dichiara di aver preso visione della informativa sopra riportata e di essere informato del fatto che l'Ente ricevente la presente dichiarazione sostitutiva attiverà i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art.71 del D.P.R.445/2000, e delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni non veritiere.

Data _____

Firma _____