

Scadenza 31/01/2026

SPETT.LE COMUNE DI SELARGIUS  
AREA 1 – SOCIO-ASSISTENZIALE

**INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)  
DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a Selargius in via \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
(indispensabile) telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- beneficiario
- rappresentante legale \_\_\_\_\_

del/della Signor/ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a Selargius in via \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
(indispensabile) telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**Beneficiario del CONTRIBUTO INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF) NELL'ANNO 2025**

**DICHIARA**

- 1) **Di aver sostenuto le seguenti spese nell'anno 2025, le cui pezze giustificative sono allegate alla presente dichiarazione.**
- Per l'acquisto di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia, integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale pari a € \_\_\_\_\_;
  - Per l'acquisto di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona, di servizi professionali educativi pari a € \_\_\_\_\_;
  - spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante pari a € \_\_\_\_\_;
  - accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale pari a € \_\_\_\_\_;
  - 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 pari a € \_\_\_\_\_;

- 2) che le spese dichiarate sono conformi a quanto stabilito dall'AVVISO INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF) - ANNUALITA' 2025 (L.R. n° 5 del 18/01/2019 art 7-bis, comma 2, ss.mm.ii. DGR n. 9/22 del 12/02/2025).

**CHIEDE**

che il pagamento del contributo spettante sia effettuato mediante accredito sul conto corrente bancario o postale o sulla carta prepagata con il seguente Codice IBAN:

**CODICE IBAN:**

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

Banca \_\_\_\_\_, Agenzia di \_\_\_\_\_

- intestato al beneficiario

oppure

- Intestato a:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale . \_\_\_\_\_

**Allega:**

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Copia fotostatica del Codice IBAN relativo al CCB o CCP sul quale si richiede l'accredito del beneficio con l'indicazione dell'intestatario del conto;

**ed inoltre**

**Per l'acquisto di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia, integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale, SI ALLEGA:**

- scontrini parlanti relativi ad acquisti effettuati in negozio fisico indicanti codice fiscale del beneficiario (e non di altri familiari anche se conviventi), data di acquisto e tipologia di merce acquistata,
- fatture per acquisti online o in negozio fisico diverso dalla farmacia;
- scontrini parlanti relativi ad acquisti in negozio fisico indicanti data di acquisto e tipologia di merce acquistata ma ove non è possibile inserire codice fiscale (tali scontrini vanno accompagnati da una dichiarazione sostitutiva ove si attesti che tali prodotti - es traverse, guanti, ecc. - siano acquistati ad uso del beneficiario);
- per i farmaci prescritti dal medico, assieme allo scontrino d'acquisto dovrà essere allegata la prescrizione del medico curante.

**Per l'acquisto di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona, di servizi professionali educativi, SI ALLEGA:**

- il contratto di assunzione dell'operatore, apertura posizione INPS, buste paga quietanzate, ricevuta di pagamento dei contributi previdenziali e degli/dello stipendio;
- Qualora le prestazioni siano rese da un libero professionista e/o impresa e/o cooperativa sociale bisogna presentare le fatture attestanti le prestazioni rese.

**Per le spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante, SI ALLEGA:**

- iscrizione con la struttura frequentata e fatture/ricevute dei pagamenti eseguiti;
- prescrizione del medico curante.

**Per le spese relative all'accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale, SI ALLEGA:**

- iscrizione con la struttura frequentata e fatture/ricevute dei pagamenti eseguiti;
- prescrizione del medico curante.

**Per le 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, SI ALLEGA:**

- contratto con la struttura ospitante e fatture/ricevute dei pagamenti eseguiti;
- verbale UVT relativo all'idoneità all'inserimento in residenze sanitarie assistenziali autorizzate

Selargius li, \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_