

Allegato D

**MODULO DICHIARAZIONE DI RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE PER IL CONTRIBUTO
INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF) ANNO 2026, ai sensi della L.R. n. 5/2019 art. 7 bis, così
come modificato dalla L.R. n. 18 del 21 novembre 2024 e della Delibera della Giunta regionale n. 9/22
del 12.02.2025.**

Da protocollare entro il 30.11.2026

__l__ sottoscritt _____ nat ____ a _____

il ____/____/____ C.F. _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ e mail: _____

nella sua qualità di:

- ☐ diretto interessato
- ☐ legale rappresentante
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ familiare di riferimento
- ☐ altro _____

Del/della signor/a _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ n. ____ C.F. _____

Telefono _____ e mail: _____

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- ☐ che il sottoscritto ovvero il sig./la sig.ra _____ in possesso dei requisiti previsti dal programma Indennità regionale Fibromialgia IRF ha sostenuto nell'anno 2026 spese per:
- ☐ integratori alimentari, ausili e protesi per un importo di € _____;
- ☐ farmaci da banco o farmaci prescritti dal medico curante per la patologia per un importo di € _____

- ☐ acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona, o servizi educativi per un importo di € _____;
- ☐ spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante per un importo di € _____;
- ☐ quota sociale per accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati per un importo di € _____;
- ☐ quota sociale per spese di soggiorno, per non più di 30 gg nell'arco dell'anno presso strutture sociali autorizzate o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate per un importo di € _____;
- ☐ che, per le spese oggetto di rendicontazione, nella misura in cui le stesse sono rimborsate con la presente misura, non ha ricevuto e non riceverà rimborsi a qualsiasi titolo da altre misure regionali e statali e che non usufruirà per le stesse delle detrazioni fiscali mediante dichiarazione mod 730/ Unico 2026;

Allega alla presente:

- ☐ Ricevute di pagamento delle spese effettuate nel 2026, come meglio specificato nell'Avviso Pubblico;
- ☐ Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità, nel caso in cui la presente rendicontazione non sia presentata contestualmente alla richiesta di ammissione al contributo;

San Teodoro, lì _____

Firma del Dichiarante

N.B. La presente dichiarazione, pena l'esclusione, deve essere compilata in ogni sua parte in stampatello e firmata per esteso dall'interessato.