

Scadenza 31/01/2027

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

**INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)
DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2026**

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 2026

DICHIARA

- 1) **Di aver sostenuto le seguenti spese nell'anno 2026, 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' 2026 (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

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di Selargius, con sede in Selargius, via Istria 1, pec: protocollo@pec.comune.selargius.ca.it, tel: 07085921, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati** , tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell' Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati" , i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.

IN ALTERNATIVA

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l'applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

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, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **ASMEL Associazione, con sede a Gallarate in via Carlo Cattaneo 9 – Tel: 0817879717 – email: servizio.dpo@asmel.eu – PEC dpo.asmel@asmelpec.it**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

L'interessato al trattamento dei dati

..... (Firma per esteso)