

Allegato C)

**Al Comune di Morgongiori
Ufficio Servizi Sociali**

Oggetto: Trasmissione pezze giustificative attestanti le spese sostenute - Contributo economico indennità regionale fibromialgia (IRF) anno 2025.

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____ residente a MORGONGIORI (OR)

in Via _____ n. _____ C.F. _____

tel. _____ e-mail _____;

in qualità di:

- Destinatario
- Familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____
- Tutore Legale
- Amministratore di sostegno
- Genitore del minore

(compilare la sezione sottostante solo in caso di persone che abbiano un Tutore, un Amministratore di sostegno o genitore del minore)

del/della Sig./Sig.ra minore _____ nato/a a _____

il _____ residente a MORGONGIORI (OR) in Via

_____ n. _____ cap. _____ C.F.

_____;

CHIEDE

Che le vengano liquidate le provvidenze economiche ai sensi della Legge Regionale n. 18 del 21 novembre 2024, art.1, comma 9 e della D.G.R. n. 9/11 del 12 febbraio 2025.

Consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000 in merito alla decadenza;

DICHIARA

(BARRARE LE CASELLE DI INTERESSE)

Che le spese sostenute per le seguenti voci di spese sono indicate qui di seguito:

acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona	€
acquisizione di servizi professionali educative	€
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	€
TOTALE	€

A TAL FINE ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE
(BARRARE LE CASELLE DI INTERESSE)

- Pezze giustificative delle spese sostenute
- Fotocopia documento d'identità in corso di validità, del richiedente.

Luogo e data _____

Firma del Dichiarante
