



Servizio Sociale

Allegato D alla Determinazione n.45/SS del 12.03.2025

DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO A DECORRERE DAL 05.01.2026 FINO AL 16.01.2026.

Al Responsabile dell'ufficio di Servizio Sociale
Del Comune di
MOGORO

OGGETTO: Trasmissione pezze giustificative per liquidazione provvidenze economiche indennità regionale fibromialgia (IRF) per l'anno 2025.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a MOGORO, Via/ Piazza _____ n° _____
Codice Fiscale _____
telefono _____ cellulare _____ (recapito telefonico indispensabile),
Email: _____ ;

In qualità di:

- destinatario del programma;
- amministratore di sostegno del beneficiario: _____ ;
- familiare di riferimento del beneficiario: _____ ;
- genitore del minore: _____ ;

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità:

CHIEDE

- che le vengano liquidate le provvidenze economiche ai (ai sensi della D.G.R. n. 9/22 del 12.02.2025);

DICHIARA

- Di aver sostenuto per l'annualità 2025, le seguenti spese così di seguito citate:

a) acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona;	€
b) acquisizione di servizi professionali educativi;	€
c) spese per attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico curante;	€

d) accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati limitatamente al pagamento della quota sociale;	€
e) 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;	€
f) spese per l'acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti dal servizio sanitario regionale;	€
g) acquisizione di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgica non forniti dal servizio sanitario regionale.	€
TOTALE	€

Allega:

- Attestati di pagamento delle spese sostenute (fatture, ricevute scontrini ecc.);
- Copia documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;

Mogoro, _____

Firma del dichiarante