



## COMUNE DI BERTCHIDDA

*Provincia della Gallura Nord-Est Sardegna*

Ufficio Servizi Sociali

Tel. 079/7039002 – 079/7039010

EMAIL: [servizisociali@comune.berchidda.ss.it](mailto:servizisociali@comune.berchidda.ss.it)

PEC : [servizisociali@pec.comune.berchidda.ss.it](mailto:servizisociali@pec.comune.berchidda.ss.it)

**Al Comune di Berchidda**

**Al responsabile dell'Area Servizi Sociali**

**Ufficio Servizi Sociali**

**OGGETTO: Presentazione pezze giustificative ai fini del rimborso spese per “Indennità Regionale Fibromialgia” - IRF – anno 2026**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_,  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in  
via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ mail/PEC \_\_\_\_\_, in  
qualità di beneficiario dell'“Indennità Regionale Fibromialgia” - IRF 2026,

**oppure**

- Tutore e legale rappresentante
- Amministratore di sostegno

del beneficiario dell'IRF 2026 \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
mail/PEC \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_.

con riferimento all'istanza di richiesta/rinnovo di riconoscimento del contributo “Indennità Regionale Fibromialgia” - annualità 2026.

**CHIEDE**

**il rimborso delle spese sostenute nell' anno 2026.**

A tal fine, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 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

## DICHIARA

Di aver sostenuto nell'anno **2026** le seguenti spese per la cura della sindrome fibromialgica (barrare solo le voci di spesa effettuata) **per un totale di € \_\_\_\_\_**:

- ☐ acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona;
- ☐ acquisizione di servizi professionali educativi;
- ☐ 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

## DICHIARA, INOLTRE

- ☐ che le forniture di medicinali, ausili e protesi per le quali si richiede il contributo non sono stati erogate dal Servizio Sanitario Regionale;
- ☐ che i servizi professionali per i quali si chiede il contributo non hanno trovato copertura in altri interventi comunali, regionali, ministeriali;

**Tutta la documentazione relativa alle spese sostenute dovrà essere trasmessa:**

- a) **A mano** presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Berchidda;
- b) **A mezzo posta elettronica** all'indirizzo: [protocollo@comune.berchidda.ss.it](mailto:protocollo@comune.berchidda.ss.it) ;

**Le pezze giustificative, quali fatture, ricevute d'acquisto o scontrini fiscali dovranno necessariamente riportare i seguenti dati:**

1. Nome e cognome dell'acquirente o codice fiscale, il quale deve coincidere con il beneficiario dell'IRF;
2. Intestazione dell'esercente;
3. Importo;
4. Causale, bene o prestazione erogata;
5. Data dell'acquisto che deve essere relativa all'anno 2026.

**Si allega alla presente la seguente documentazione:**

1. Copia documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
2. Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);
3. Copia delle pezze giustificative quali: fatture, ricevute d'acquisto, scontrini fiscali.

Berchidda, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2026

Firma del Dichiarante

---

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

Il Comune di Berchidda, con sede in Berchidda, Via /Piazza del Popolo, email: amministrativo@comune.berchidda.ot.it, pec: protocollo@pec.comune.berchidda.ot.it, tel: 0797039001, 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, ai sensi dell'art. 43, comma 2, TUEL da parte degli amministratori dell'Ente, 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 **SIPAL srl**, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: [dpo@sipal.sardegna.it](mailto:dpo@sipal.sardegna.it) – pec: [sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it](mailto:sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.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) \_\_\_\_\_