

Al Responsabile del Servizio Sociale
Comune di Villaspeciosa

OGGETTO: DOMANDA DI RIMBORSO SPESE - INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF)

1. DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO (o del richiedente/amministratore di sostegno)

Il/La sottoscritto/a: _____

Nato/a a: _____ Prov: _____ il: _____

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente in Comune di: _VILLASPECIOSA_ Prov: _CA_

Indirizzo: _____ N. civico: _____

Telefono: _____ E-mail / PEC: _____

2. DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (Art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, il sottoscritto dichiara:

- di essere stato ammesso al beneficio dell'Indennità Regionale Fibromialgia (IRF);
- che le spese sotto elencate sono state effettivamente sostenute nell'anno di riferimento per la gestione della patologia fibromialgica e non sono coperte da altre sovvenzioni pubbliche o rimborsi analoghi;
- di essere in possesso delle prescrizioni mediche e dei documenti fiscali originali che comprovano le spese.

3. ELENCO DOCUMENTI DI SPESA (Scontrini, Fatture, Ricevute)

N. | Data | Ente / Esercizio emittente | Tipo di spesa (Visita, Farmaco, Ausilio, ecc.) | Importo (€)

1				€
2				€
3				€
4				€
5				€
6				€
7				€

