



COMUNE DI LOIRI PORTO SAN PAOLO

PROVINCIA GALLURA NORD-EST SARDEGNA

VIA DANTE A. N. 28 - 07020 LOIRI PORTO SAN PAOLO (OT)

AREA SOCIO - CULTURALE

SERVIZIO SOCIALE - POLITICHE GIOVANILI - PUBBLICA ISTRUZIONE - CULTURA - SPORT - SPETTACOLO - TURISMO

SERVIZIO SOCIALE

Oggetto: Dichiarazione spese sostenute **Indennità regionale fibromialgia 2026**

(nome beneficiario/a) _____

Il/La sottoscritto/a:

Cognome Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Telefono	
Residente a Loiri Porto San Paolo via/loc	

in qualità di

- ☐ Destinatario/a della provvidenza/prestazione
- ☐ familiare
- ☐ incaricato/a della tutela (tutore, amministratore di sostegno, curatore)
- ☐ altro _____ della persona beneficiaria della provvidenza/prestazione

del/della BENEFICIARIO/A

Cognome Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Telefono	
Residente a Loiri Porto San Paolo via/loc	

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000

SERVIZIO SOCIALE

Email per invio istanze

protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it

per informazioni

Responsabile del Servizio Dott.ssa Antonella Malu email: a.malu@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

Assistente sociale Luisella Fogliano- email: l.fogliano@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

0789 481115

0789 481126

DICHIARA

✓ di aver sostenuto le seguenti spese per l'anno 2026:

- acquisto di servizi professionali di assistenza domiciliare e alla persona pari a € _____;
- acquisto di servizi professionali educativi pari a € _____;
- acquisto di servizi relativi a attività fisiche e ricreative su prescrizione del medico pari a € _____;
- accoglienza presso centri diurni e centri diurni autorizzati (limitatamente alla quota sociale) pari a € _____;
- 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 € _____;
- acquisto di integratori alimentari, ausili e protesi non forniti da servizio sanitario regionale pari a € _____;
- acquisto di farmaci da banco o di farmaci prescritti dal medico curante per la patologia fibromialgica non forniti dal servizio sanitario regionale pari a € _____.

Allega i seguenti documenti:

- Copia del documento di identità personale;
- Ricevute e scontrini delle spese sostenute

Data _____ Firma _____

SERVIZIO SOCIALE

Email per invio istanze

protocollo.loiripertosanpaolo@legalmail.it

per informazioni

Responsabile del Servizio Dott.ssa Antonella Malu email: a.malu@comune.loiripertosanpaolo.ss.it

Assistente sociale Luisella Fogliano- email: l.fogliano@comune.loiripertosanpaolo.ss.it

0789 481115

0789 481126