



Il/La _____ sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome) _____
 _____ nato/a a _____, Prov. di _____ il
 ____/____/____, residente a _____ Prov. di ____ in via/piazza
 _____, n. _____
 Cod. Fiscale _____ Tel. _____
 Mail _____

ai sensi degli articoli 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,

Di aver sostenuto, **per l'annualità 2026**, le seguenti spese, di carattere sanitario, non coperte dal servizio sanitario regionale, riconducibili alla patologia in oggetto:

[illegible]

TOTALE		

TOTALE COMPLESSIVO SPESE SOSTENUTE € _____

N.B sono ammissibili le spese inerenti:

- 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.

Allega:

- Ricevute di pagamento delle spese effettuate;
- Copia documento di identità in corso di validità;

Sant'Antonio di Gallura, lì _____

Firma del Dichiarante
