Dichiarazione sostitutiva
DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la mancata erogazione della prestazione da parte del SSN per le spese codice C6,C7, C8, C9

Il**/**La sottoscritto/a _____

nato/a a _____(_____) il _____/_____/_,

residente a Monserrato in via _____, _____,

Codice Fiscale _____

In qualità di:

- ☐ beneficiario
- ☐ rappresentante legale

del/della Signor/ranato/a_____

nato/a a _____(_____) il _____/_____/_,

residente a Monserrato in via _____, _____,

Codice Fiscale _____

Beneficiario del CONTRIBUTO INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF) NELL'ANNO 2026

Consapevole che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni a cui può andare incontro in caso di non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, di dichiarazione mendace o di formazione di atti falsi, e del fatto che le dichiarazioni false comportano la revoca del beneficio ottenuto sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 11 c. 3 del D.P.R. 403/98, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di aver sostenuto, nel corso dell'anno 2026, spese ammissibili ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale della Sardegna n. 23/38 del 13.05.2026 relative alle seguenti spese relativamente alle quali attesta la mancata erogazione della prestazione da parte del SSN e le motivazioni della mancata fruizione attraverso il sistema pubblico:

Indicare la denominazione del documento di spesa relativo alle voci di spesa di cui ai codici C6, C7, C8,C9 (indicare data e numero documento di spese ente/soggetto emittente e l'importo)	Motivazione mancata fruizione attraverso il Servizio Sanitario regionale

FIRMA

(in caso di delegato allegare documento identità)