

**MODULO per la richiesta all'Associazione Italiana Lafora del contributo economico per le spese di viaggio con finalità medica e/o per le spese di assistenza per ricovero .**

In data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residenza in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico (cellulare): \_\_\_\_\_

Coordinate Bancarie – IBAN: \_\_\_\_\_

**DICHIARA,**

Sotto la propria responsabilità, di aver accompagnato

\_\_\_\_\_,  
(grado di parentela del richiedente con l'ammalato)

\_\_\_\_\_,  
(nome e cognome dell'ammalato)

nei giorni tra il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
(giorno di inizio del viaggio/ricovero) (giorno di fine del viaggio/ricovero)

da \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
(indicare la città di domicilio dell'ammalato)

a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
(indicare la città di destinazione)

presso \_\_\_\_\_,  
(indicare il nome della struttura ospedaliera)

per visita medica e/o ricovero.

**INOLTRE ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:**

(barrare la casella corrispondente al documento allegato)

Attestazione di visita

Documento di ricovero

**PERTANTO RICHIEDE, ALL'ASSOCIAZIONE ITALIANA LAFORA,**

il contributo di sostegno alle spese di viaggio per finalità mediche e/o di assistenza per ricovero, così come previsto dal regolamento specifico per l'anno finanziario in corso ( fa fede la data di richiesta).

Firma \_\_\_\_\_

**DA INVIARE ALL'ASSOCIAZIONE ITALIANA LAFORA:**

- **VIA FAX AL NUMERO: *0141/954121***

**OPPURE**

- **PER RACCOMANDATA CON RIVCEVUTA DI RITORNO AL SEGUENTE INIDIRIZZO**

**ASSOCIAZIONE ITALIANA LAFORA**

**VIA F.LLI SARDI, N°19**

**14041 AGLIANO TERME (AT)**