

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 .

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

_____,
(nome e cognome dell'ammalato)

_____,
(grado di parentela dell'ammalato con il richiedente)

nei giorni tra il ____/____/____ e il ____/____/____,
(giorno di inizio del viaggio) (giorno di fine del viaggio)

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.

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

(barrare la casella corrispondente al documento allegato)

Attestazione di visita

Documento di ricovero

RICHIEDE PERTANTO, 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 2017.

Data ____/____/____

Firma _____

E' POSSIBILE INVIARE IL MODULO DI RICHIESTA NEI SEGUENTI MODI:

- **CON FAX AL NUMERO: *0141/954121***
- **CON E-MAIL ALL'INDIRIZZO: **info lafora.it****
- **CON POSTA ALL' INDIRIZZO : ASSOCIAZIONE ITALIANA LAFORA**

**VIA F.LLI SARDI, N°19
14041 AGLIANO TERME (AT)**