

# MODULO per la richiesta all'Associazione Italiana Lafora del contributo economico per le spese di viaggio con finalità medica.

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, aver accompagnato il proprio

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

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

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.

### 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, 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)**

Firma \_\_\_\_\_