

**MODULO per la richiesta all'Associazione Italiana Lafora del
contributo economico per le spese 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 sostenuto per il proprio

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

_____,
(nome e cognome dell'ammalato)

SPESE PER:

(barrare la casella corrispondente alla spesa sostenuta)

(A). Visite medico-specialistiche
domiciliari

(B). Medicinali non forniti
gratuitamente dal Servizio Sanitario
Nazionale

PERTANTO RICHIEDE, ALL'ASSOCIAZIONE ITALIANA LAFORA,

il contributo per le suddette spese così come previsto dal regolamento specifico per l'anno finanziario 2014.

INOLTRE, ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

se è stata barrata la casella (A)	se è stata barrata la casella (B)	
<input type="checkbox"/> Fattura parcella medica per la visita domiciliare.	<input type="checkbox"/> Prescrizione medica del medicinale acquistato.	<input type="checkbox"/> Scontrino d'acquisto del medicinale prescritto.

Firma _____

DA INVIARE ALL'ASSOCIAZIONE ITALIANA LAFORA:

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

OPPURE

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

ASSOCIAZIONE ITALIANA LAFORA

VIA F.LLI SARDI, N°19

14041 AGLIANO TERME (AT)