

**MODULO per la richiesta all'Associazione Italiana Lafora del  
contributo economico per le spese con finalità medica**

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 sostenuto per

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

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

**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 2017.

**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.

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](mailto:info@lafora.it)**
- **CON POSTA ALL'INDIRIZZO : ASSOCIAZIONE ITALIANA LAFORA**

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