

# Associazione di Volontariato “Per Donare la Vita Onlus”

- Al Sig. Presidente

OGGETTO: Richiesta erogazione contributo per spese sostenute a causa di grave patologia di interesse trapiantologico

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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

affetto da \_\_\_\_\_

Trapiantato in data \_\_\_\_\_ / trapiantando in lista dal \_\_\_\_\_

in cura presso il Centro Ospedaliero di \_\_\_\_\_

## CHIEDE

che venga considerata l'eventuale erogazione di un contributo che Codesta Associazione vorrà, se del caso, quantificare.

Allega la seguente documentazione:

- Relazione medica del Centro Trapianti che attesta la patologia che ha portato o porterà al trapianto
- Ogni altra documentazione sanitaria o di altra natura, relativa al paziente, che meglio definisca la situazione

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

che il proprio nucleo familiare ( stato di famiglia) è così composto:

- \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_
- che il reddito complessivo del nucleo familiare è di Euro \_\_\_\_\_ annui,

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, si autorizza l' Associazione “Per donare la vita Onlus” al trattamento e conservazione dei dati personali forniti, secondo le modalità necessarie alla verifica ed eventuale erogazione del contributo di cui trattasi.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Richiedente /Familiari/Tutore \* \_\_\_\_\_

\* precisare se diverso dal richiedente

Allega :

- Elenco dettagliato di tutta la documentazione fornita
- Relazione dei Servizi Sociali di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_