



SEZIONE DI BENEVENTO "STEFANIA MOTTOLA"

Il sottoscritto sig. _____

Indirizzo _____

Città _____ Telefono _____

CHIEDE I SEGUENTI SERVIZI OFFERTI DALL'ASSOCIAZIONE (segnare quelli prescelti):

1. Trasporto da/per il seguente centro di cura _____
per il periodo dal _____ al _____
2. Soggiorno sereno presso _____
per consentire l'assistenza a _____
per il periodo _____
3. Servizio di assistenza psicologica per _____
4. Altro _____

Per usufruire dei servizi offerti gratuitamente dalla N/s sezione Ail è necessario fornire la seguente documentazione:

- **Certificato medico comprovante il tipo di patologia e il tipo di terapia a cui si è sottoposti, predisposto dall'ematologo curante;**
- **Attestazione della composizione e del reddito del nucleo familiare;**
- **Dichiarazione autocertificata di non beneficiare di altre forme di assistenza, pubblica o privata, per lo stesso servizio.**

Ai sensi dell'Art.13 del D.lgs 196/03, si dà il consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'AIL Benevento onlus e si esonera la predetta associazione da qualsiasi tipo di responsabilità derivante dal servizio e dalle agevolazioni concesse .

Benevento, lì _____

In fede
