

Domanda di accesso al Fondo di Solidarietà Emergenze Sanitarie

Spett.
AGORA' KROTON
Soc. Coop. Sociale onlus
Via Luigi Pirandello n. 4
88900 Crotona

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

recapito telefonico _____

a conoscenza del Regolamento del Fondo di Solidarietà Emergenze Sanitarie istituito dalla Agorà Kroton soc. coop.

CHIEDE

Direttamente per sé

Quale tutore legale o amministratore di sostegno di

_____ nato/a a _____ il

_____ e residente a _____ in via

In quanto: minorenni persona la cui capacità di agire sia limitata o compromessa

di essere ammesso/a ai benefici previsti dal sopra menzionato Fondo per fronteggiare il seguente problema di salute (breve descrizione del caso, delle modalità di intervento, delle località di cura previste, ecc.):

Importo richiesto: € _____ Periodo previsto per le cure: _____

A tal fine allega:

a) Documento di identità e codice fiscale;

- b) Documentazione da cui emerga il quadro sanitario che determina le esigenze di cura;
- c) Documentazione che attesti la condizione economica (ultimo modello ISEE).

In caso di ammissione al beneficio si impegna a fornire la documentazione (fatture, ricevute, scontrini, biglietti di viaggio, ecc.) a consuntivo delle spese sostenute.

Distinti saluti.

Crotone, _____

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Esprimo il consenso al trattamento dei propri dati personali necessari all'istruzione e gestione della pratica relativa all'accesso ai benefici previsti dal Fondo di Solidarietà Emergenze Sanitarie istituito dalla Cooperativa sociale Agorà Kroton.

Data _____

Firma
