



Spett. AISA Onlus
via Sara 12 int. 1
16039 SESTRI LEVANTE GE
e-mail aisa@atassia.it

Il sottoscritto
nato a
il C.F.
resid. a in
Iscritto nella sezione AISA (se applicabile)
IBAN c/c

(su cui effettuare l'eventuale erogazione)

chiede di poter usufruire del contributo alle cure fisioterapiche¹ offerto da AISA Onlus a coloro che sono affetti da sindromi atassiche di origine genetica, nella consapevolezza che:

1. tale contributo viene erogato ad assoluta discrezione di AISA Onlus, il cui impegno decorre esclusivamente dopo che il sottoscritto avrà ricevuto e-mail/lettera di conferma dalla stessa;
2. il contributo riguarda l'80% delle spese effettivamente sostenute e documentate mediante fatture rilasciate da personale medico (centri fisioterapici e/o fisioterapisti) in possesso dei regolari requisiti per esercitare tale professione e per un importo non eccedente € 1.500,00 (millecinquecento/00).

A tale scopo presenta:

1. copia del documento di identità in corso di validità;
2. diagnosi, emessa da un centro neurologico specializzato, attestante l'atassia genetica (se non già inviato ad AISA in precedenza);
3. richiesta del medico curante di accesso a cure fisioterapiche.

Il sottoscritto autorizza AISA Onlus a conservare, secondo le norme sui dati sensibili previste dalla legge sulla privacy, le informazioni fornite per il tempo strettamente necessario ad erogare il contributo richiesto.

In fede
(firma leggibile)

¹ Con "cure fisioterapiche" si intendono: la fisioterapia propriamente detta, l'idroterapia, la logopedia ecc., cioè quegli interventi che comportano una ripetuta interazione tra paziente e specialista.