



Spett. AISA NAZIONALE ODV  
via Sara 12/1  
16039 SESTRI LEVANTE GE  
e-mail [aisa@atassia.it](mailto:aisa@atassia.it)

Luogo e data .....

Il sottoscritto

nato a

il  C.F.

resid. a  in

Iscritto nella sezione

IBAN

(su cui effettuare l'eventuale erogazione)

chiede di poter usufruire del contributo alle cure fisioterapiche<sup>1</sup> 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'60% 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)

Da inviare entro Dicembre corrente anno  
Le fatture saranno inviate a Gennaio dell'anno successivo.

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.