



FORMULARIO RICHIESTA DI AIUTO N.

data:

NOME E COGNOME PADRE

NAZ:

VIA _____ CAP _____ LUOGO _____

PROFESSIONE _____ TEL. _____

INDIRIZZO MAIL: _____

NOME E COGNOME MADRE

NAZ:

PROFESSIONE: _____ TEL. _____

INDIRIZZO MAIL: _____

NOME E COGNOME BIMBO/A

NATO/A IL _____ A: _____

RICOVERATO/A IL _____ A: _____

DEGENTE DAL _____ AL: _____ TRASF.CON _____

ALTRI FIGLI: _____ ETA': _____

CASSA MALATI: _____ AI? SI NO

SPESE SOSTENUTE PER LE QUALI CHIEDETE IL RIMBORSO:

Allegare copie di fatture saldate, ricevute ecc.

VOLTARE.....