RICHIESTA DI CONTRIBUTO *UNA TANTUM* A FAVORE DEI FIGLI DEI LAVORATORI ISCRITTI A PMI SALUTE AFFETTI DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO DI GRADO 2 E 3 SECONDO LA GRIGLIA DI CRITERI DI STRUTTURE SPECIALIZZATE RICONOSCIUTE DAL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Dati dipendente iscritto/a al Fondo PMI Salute

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Codice Fiscale _____ Sesso F M Nato/a il _____

Nato/a a _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Residente a _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Indirizzo _____ N° _____

Indirizzo e-mail _____ Telefono _____

Dati figlio per cui si fa richiesta di contributo

Cognome _____ Nome _____ Fiscalmente a carico Sì No

Codice Fiscale _____ Sesso F M Nato/a il _____ a _____

Indirizzo di residenza _____ C.A.P. _____

Comune di residenza _____ Provincia _____ Nazione _____

Coordinate Bancarie dell'aderente: codice IBAN (27 caratteri – rilevabili dall'estratto conto corrente)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CHIEDE

di ricevere il contributo di euro 3.000,00 messo a disposizione dal Fondo PMI Salute a favore di figli affetti da disturbi dello spettro autistico di grado 2 e 3 secondo i criteri indicati dal SSN.

ALLEGA

a. certificato di stato di famiglia, attestante l'appartenenza del minore nel nucleo familiare ☐

b. documenti del minore affetto da disturbi dello spettro autistico ☐

c. certificazione da parte di struttura pubblica abilitata con indicazione della diagnosi di autismo e del suo grado di severità (dal livello 2 al livello 3), secondo i criteri indicati dal Sistema Sanitario Nazionale ☐

d. attestazione del pediatra /medico di base che dichiari di conoscere la situazione sanitaria del proprio assistito, confermando le suddette dichiarazioni specialistiche ☐

Dichiara di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite. Il sottoscritto è a conoscenza ed acconsente al trasferimento dei dati delle persone fisiche a PMI Salute. PMI Salute si riserva la facoltà di effettuare, in qualsiasi momento, opportune verifiche chiedendo all'assistito idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese.

Data compilazione _____

Firma del Dipendente _____