



**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTO ECONOMICO IN FAVORE DI FAMIGLIE SOCIE ¹ DI RTS
UNA VITA SPECIALE ODV E DI FAMIGLIE CON FIGLI DIVERSAMENTE ABILI CHE EFFETTUANO TERAPIE PRESSO
IL CENTRO MEDICO DI FONIATRIA, PADOVA**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n°. _____ C.F. _____

Telefono _____ Email _____

Professione padre _____ N. Carta d'identità _____

Rilasciata da _____ Data di rilascio _____

Professione madre _____ N. Carta d'identità _____

Rilasciata da _____ Data di rilascio _____

Genitore/tutore di

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

(Se differente dalla residenza dei genitori)

Residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n°. _____

¹ il progetto è destinato alle famiglie **socie ordinarie** della nostra Organizzazione di Volontariato che hanno quindi aderito tramite quota associativa annuale di € 35,00. **Qualora il bambino/ragazzo venga accompagnato alle visite, terapie, ricoveri da tutti e due i genitori, entrambi i genitori dovranno risultare soci ordinari** e aver versato due quote associative





Dichiara che il/la proprio/a Figlio/a

Deve effettuare terapie in regime privato

Accompagnato da madre padre entrambi

Presso _____

Città _____

Nei seguenti giorni _____

Indicare il periodo di trattamento (inizio e fine) _____

N. sedute settimanali: _____

Luogo e data

Firma madre

Firma padre

