

FONDAZIONE ETTORE E FLAVIO FENDERL

VIA SAN GOTTARDO, 91 – 31029 VITTORIO VENETO (TV)
(Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza)

DOMANDA DI CONTRIBUTO

Anno _____

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____,

nato/a a _____ il _____. Residente nel Comune di

_____ Via _____ n° _____

Tel. _____, Codice Fiscale _____,

a causa del seguente problema:

CHIEDE

Un contributo compatibile con gli scopi della Fondazione Ettore e Flavio Fenderl.

La Fondazione ha per lo scopo l'erogazione di contributi in denaro a singole persone o famiglie residenti nei Comuni compresi nel territorio dell'ex U.L.S.S. N°7 (*Cappella Maggiore, Cison di Valmarino, Codognè, Colle Umberto, Conegliano, Cordignano, Farra di Soligo, Follina, Fregona, Gaiarine, Godega di S.Urbano, Mareno di Piave, Miane, Moriago della Battaglia, Orsago, Pieve di Soligo, Refrontolo, Revine Lago, San Fior, S.Pietro di Feletto, Santa Lucia di Piave, San Vendemiano, Sarmede, Sernaglia della Battaglia, Susegana, Tarzo, Vazzola, Vittorio Veneto*) che, in conseguenza di gravi malattie, versino in condizioni di difficoltà economica o per spese relative a cure non assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale o per ridotta capacità di reddito.

All'uopo, sotto la propria responsabilità e consapevole delle disposizioni di legge in materia.

AUTOCERTIFICA

1) che risiede in un Comune dell'ex U.L.S.S. N°7 e precisamente _____

2) che il proprio nucleo familiare (precisare se occupato, disoccupato, pensionato, studente e anno di nascita) è composto da: _____

3) che svolge attività lavorativa continuata o saltuaria _____

4) che riceve assistenza e/o contributo da:

ALLEGA

- 1) Relazione, a cura del Servizio Sociale del Comune di residenza, dalla quale, previo opportuno accertamento economico-patrimoniale, risulti la situazione di difficoltà economica della persona o della famiglia richiedente: o a causa di spese mediche (sostenute e da sostenere) in relazione allo stato di malattia per la quale il contributo viene richiesto, non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale, o per ridotta capacità di reddito in conseguenza di grave malattia.
- 2) Documentazione medica dalla quale risulti accertata la grave malattia della persona o di uno dei componenti della famiglia richiedente il contributo, che ha generato la situazione di difficoltà economica attestata nella relazione di cui al punto precedente.

Vittorio Veneto _____

Il Richiedente
