



**PROGETTO ELISA**  
**Richiesta Contributo**

La sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

USL di appartenenza \_\_\_\_\_

luogo e data dell'intervento/inizio terapie \_\_\_\_\_

chiede un contributo per sostenere le spese relative a

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ed allega alla presente una relazione inerente i bisogni attuali accompagnata da adeguata documentazione (lavoro, famiglia, terapie, ecc).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si prega di specificare le modalità di accredito dell'eventuale contributo:

- assegno bancario/postale
- bonifico bancario/postale – IBAN \_\_\_\_\_