



## Progetto #insiemedavvero

### **Domanda di contributo**

(da inviare via email a: [m.lucente@glut1.it](mailto:m.lucente@glut1.it))

Il sottoscritto, nel contesto del progetto #insiemedavvero I edizione, richiede il rimborso delle sedute di supporto psicologico/counseling elencate di seguito e la cui documentazione di spesa viene allegata in copia alla presente domanda.

#### **Socio sottoscrittore**

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

IBAN Conto Corrente Bancario (per l'accredito del contributo):

\_\_\_\_\_

#### **Persona affetta da Sindrome da deficit Glut1 (se diversa dal socio sottoscrittore)**

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Relazione col socio sottoscrittore:  Genitore  Sorella/Fratello  Figlia/Figlio

#### **Beneficiario delle sedute di supporto psicologico/counseling**

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Relazione con la persona affetta da deficit Glut1:  Genitore  Sorella/Fratello  Figlia/Figlio

Convivente con la persona affetta da deficit Glut1:  Sì  No

**Elenco dei documenti di spesa allegati in copia**

<b>Data fattura</b>	<b>Numero fattura</b>	<b>Ente emittente</b>	<b>Tipo prestazione</b>	<b>Quantità</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo totale</b>

Con la sottoscrizione del presente modulo, autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e delle normative nazionali in materia di protezione dei dati personali (d.lgs.. 196/2003, "Codice della Privacy"), per il solo scopo e al fine del progetto in oggetto.

Data:        \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Luogo:        \_\_\_\_\_

Firma:        \_\_\_\_\_