

**Quattordicesimo Bando “Contributo per l’assistenza  
alle persone affette da Sindrome Nefrosica Idiopatica Primitiva”  
Anno 2024-2025**

**SCHEDA RICHIESTA CONTRIBUTO**

**D1. Dati del Destinatario** *(persona con SN-IP)*

**D1.1 Nome e Cognome**

**D1.2 Luogo e Data di Nascita**

**D1.3 Indirizzo** *(via/piazza e numero civico)*

**D1.4 Città e Provincia**

**D1.5 Telefono**

**D1.6 Fax**

**D1.7 e-mail** *(per favore, indicare una indirizzo di posta elettronica usato con regolarità)*

**D1.8 Affetto da Sindrome Nefrosica Idiopatica Primitiva**

☐ NO

☐ SI

**M1.1 Nome e Cognome del Medico Specialista Curante**

**M1.2 Sede di Lavoro** *(Ospedale/Istituto/ASL e Reparto)*

**M1.3 Telefono**

**M1.4 Fax**

**M1.5 e-mail**

**R2. Dati del Richiedente** (ovvero, di chi compila la scheda, se diverso dal Destinatario)

### R2.1 Nome e Cognome

## R2.2 Luogo e Data di Nascita

### R2.3 Indirizzo (via/piazza e numero civico)

## R2.4 Città e Provincia

## R2.5 Telefono

## R2.6 Fax

**R2.7 e-mail** (per favore, indicare un indirizzo di posta elettronica usato con regolarità)

## R2.8 Relazione con il Destinatario

- ☐ Genitore
- ☐ Legale Rappresentante
- ☐ Altro (*specificare*)

**R2.9 Coordinate Bancarie per l'erogazione, tramite bonifico, dell'eventuale contributo approvato**

 CODICE IBAN

[illegible]

☐ Denominazione della Banca

☐ Indirizzo della Banca

## Intestazione del Conto Corrente

**P3. Dati informativi****P3.1 Finalità del Contributo**

- ☐ Medicinali e Dispositivi medici
- ☐ Visite specialistiche
- ☐ Altro (specificare)

**P3.2 Descrivere la finalità del contributo**

(tipo di attività o tipo di bene materiale e modalità di utilizzo)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**P3.3 Costo Totale** *(allegare preventivo e, per i casi previsti dal Regolamento, prescrizione medica)*

---

**P3.4 Se necessario, specificare la natura di una ulteriore fonte di contribuzione**

- ☐ Autofinanziamento
- ☐ Contributi regionali
- ☐ Altro *(specificare)*

---

---

---

## T5. Autorizzazione al Trattamento dei dati personali

### T5.1 Firma per l'autorizzazione al trattamento dei propri dati personali *(indicare nome, cognome e firma del Richiedente)*

Io sottoscritto, ....., autorizzo ASNIT ODV al trattamento dei miei dati personali al solo scopo di garantire la partecipazione mia, e del destinatario da me indicato nella presente scheda, Quattordicesimo Bando "Contributo per l'assistenza alle persone con Sindrome Nefrosica Idiopatica Primitiva - Anno 2024-2025", in piena osservanza del Decreto Ministeriale N.169/2003 sulla privacy e la sicurezza dei dati.

Questa autorizzazione è necessaria per la mia partecipazione al Bando - Quattordicesima Edizione e per l'usufrutto del relativo contributo economico, qualora la richiesta da me presentata sarà approvata.

In piena osservanza dell'Articolo N. 7 del Decreto sopracitato, in qualsiasi momento avrò il diritto di richiedere ad ASNIT ODV l'aggiornamento o la cancellazione dei miei dati personali, inviando una richiesta scritta

all'indirizzo e-mail [info@asnit.org](mailto:info@asnit.org) oppure tramite raccomandata all'indirizzo dell'associazione.

Ogni richiesta di cancellazione dei miei dati porrà automaticamente termine alla mia partecipazione al Bando e all'interruzione dell'erogazione del relativo contributo economico.

Luogo e Data

Firma del Richiedente

## A6. Accettazione del Regolamento del Bando

### A6.1 Firma per l'accettazione del Regolamento del Bando *(indicare nome, cognome e firma del Richiedente)*

Io sottoscritto, ....., **dichiaro** di accettare tutte le condizioni del "Quattordicesimo Bando" Contributo per l'assistenza alle persone con Sindrome Nefrosica Idiopatica Primitiva - Anno 2024-2025", indetto da ASNIT Onlus, così come descritte nel relativo Regolamento.

Il Regolamento del Bando – Quattordicesima Edizione mi è stato correttamente inviato per posta o e-mail da ASNIT ODV ed è disponibile anche sul sito dell'associazione [www.asnit.org](http://www.asnit.org)

In particolare, mi impegno a:

- Fornire sempre ad ASNIT ODV informazioni e dati completi e veritieri relativamente al contributo e alla sua realizzazione
- Fornire tutti i documenti richiesti, nei tempi stabiliti, così come descritto nel regolamento (Paragrafo 4.2)

Luogo e Data

Firma del Richiedente

## 17. Istruzioni per l'invio della Scheda

La presente Scheda debitamente compilata e firmata in originale, a cura del Richiedente, e tutti i documenti relativi (preventivo ed eventuale prescrizione medica) dovranno essere spediti per posta (R. A/R) a:

**ASNIT ODV**

c/o **Andrea Pizzo** (Presidente ASNIT ODV)

Via Pertini, 20  
27010 Borgarello (PV)

entro e non oltre il 31 **Novembre 2024** (farà fede il timbro postale).

Se possibile, inviare una copia della Scheda compilata anche via e-mail a:

Indirizzo e-mail [info@asnit.org](mailto:info@asnit.org) PEC [asnitonlus@pec.asnit.org](mailto:asnitonlus@pec.asnit.org)

---

Per ogni informazione relativa al Bando, è possibile rivolgersi a:

- Presidente ASNIT, Signor **Andrea Pizzo**, all'indirizzo di posta elettronica [andy.pi.48@gmail.com](mailto:andy.pi.48@gmail.com) o al numero telefonico 339 20 30 032
- Vice Presidente ASNIT, Signora **Rosa D'Alessandro**, all'indirizzo di posta elettronica [rosadalessandro79@gmail.com](mailto:rosadalessandro79@gmail.com) o al numero telefonico 393 47 84 721