



La domanda può essere inoltrata soltanto dagli associati che hanno sostenuto spese, per sé o familiari ammessi, per le malattie che rientrino in uno dei seguenti casi:

## Elenco Patologie assistibili

- 1) trapianto di organi;
- 2) operazioni a cuore aperto e chirurgia cardiovascolare;
- 3) interventi per tutte le neoplasie maligne;
- 4) chirurgia e neurochirurgia cerebrale;
- 5) neoplasie trattabili con lunga terapia medica;
- 6) amputazione di arti e conseguenti protesi;
- 7) chirurgia toracica;
- 8) chirurgia per il recupero della vista o dell'udito, nei casi di carenza superiore al 70%;
- 9) chirurgia colonna vertebrale;
- 10) cure per malattie leucemiche;
- 11) cure per gravi malattie neuropsichiatriche;
- 12) emiparesi bilaterale;
- 13) paraplegia agli arti inferiori;
- 14) sclerosi multipla;
- 15) paraparesi spastica;
- 16) encefalopatia;
- 17) tetraparesi spastica;
- 18) microsomia emifacciale;
- 19) ipometria da osteomielite;
- 20) emiplegia;
- 21) grave ritardo psicomotorio e del linguaggio;
- 22) lupus eritematoso;
- 23) ipoacusia pantonale neurosensoriale di entità grave;
- 24) idrocefalia;
- 25) necrosi progressiva del fegato;
- 26) intervento chirurgico alle anche;
- 27) lesioni cerebrali per asfissia neonatale;
- 28) cerchiaggio e ricostruzione ginocchio;
- 29) osteosintesi al femore;
- 30) atassia di Friedreich;
- 31) miopia ingravescente;
- 32) emoperitoneo-splenectomia;
- 33) grave insufficienza respiratoria;
- 34) interventi di mastoplastica riduttiva non estetica e di mastoplastica ricostruttiva post oncologica;
- 35) epifisiodesi tibiale;
- 36) cirrosi epatica;
- 37) otticopatia e retinopatia di origine autoimmune;
- 38) crossectomia safena femorale;
- 39) malattie infiammatorie intestinali croniche:  
Morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa;
- 40) dermatomiosite giovanile associata a Charcot Marie-Tooth;
- 41) insufficienza renale cronica dal 3° stadio;
- 42) spondiloartriti sieronegative con grave deficit della deambulazione ed uso di ausili

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'** (Artt. 47 e 48 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)  
**PER USO RICHIESTA SUSSIDIO ASSISTENZIALE GRAVI MALATTIE PER UN FAMILIARE A CARICO**

(Come da deliberazione del Consiglio di Amministrazione A.N.D.S.A.I. del 16 Marzo 2001)

**TESTO DELLA DICHIARAZIONE**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ associato dell'A.N.D.S.A.I.

alla data del 31/12/202\_ , nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Via\Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Fraz. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in relazione alla richiesta allegata di sussidio per gravi malattie del mio Coniuge \_\_\_\_\_,  
Figlio/a cognome nome

consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiaro sotto la mia personale responsabilità che

*coniuge* - \_\_\_\_\_ - è con me convivente, non separata legalmente e  
Cognome Nome fiscalmente a mio carico;

*figlio/a* - \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Nome  
è con me convivente e fiscalmente a mio carico;

**I familiari sono considerati a carico se non dispongono di redditi superiori ad € 2.840,51 oppure € 4.000,00 per i figli di età non superiore a 24 anni.**

**Lo scrivente presta il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs 196/2003 in materia di protezione dei dati personali).**

Firma del familiare maggiorenne  
interessato al consenso (Reg. UE 2016/679)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso obbligatoria)

Allegare fotocopia della carta di identità dell'associato  
A.N.D.S.A.I. o di un documento equipollente e trascrivere gli estremi: \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI SULLA BASE DI UNA DICHIARAZIONE NON VERITIERA ED IN TAL CASO L'A.N.D.S.A.I. AVRA' DIRITTO AL RIMBORSO DI QUANTO INDEBITAMENTE EROGATO.**

**ACCETTO IL CONTENUTO DELLA  
PREDETTA AVVERTENZA**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso obbligatoria)