

Domanda di ammissione al Fondo Ortodonzia Misa Ferro

spedire in busta chiusa, entro il **31 ottobre** del corrente anno, a:

Fondo Ortodonzia Misa Ferro
Direzione Dipartimento Odontoiatria OSPEDALE SAN PAOLO
Via Beldiletto, 1/3
20142 Milano MI

Domanda senza certificazione medica

(Si prega di scrivere in carattere stampatello)

Il sottoscritto.....
(nome)

.....
(cognome)

nato a
(località) (cap) (nazione)

residente a
(località) (cap) (telefono)

.....
(via, piazza, ecc)

.....
(n°)

permesso di soggiorno
(numero)

.....
(Questura che lo ha rilasciato)

.....
(data di scadenza)

**chiede l'ammissione alla valutazione per fruizione del contributo del
"Fondo Ortodonzia Misa Ferro"**
(indicare col segno x il destinatario del trattamento)

per sé medesimo

per il proprio congiunto
(nome)

.....
(cognome)

.....
(anni)

**A tale scopo allega il certificato medico
comprovante la necessità di trattamento ortodontico.**

Dichiara altresì, sotto la personale responsabilità,
che il proprio nucleo familiare dispone di un reddito annuale
non superiore ad € 30.000,00 (diciottomila/00).

In fede
(firma leggibile)

Data
(giorno/mese/anno)



FONDAZIONE SAN BABILA
ONLUS

Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale



Piazzale Principessa Clotilde, 8
20121 MILANO

Codice Fiscale 97434070153
Iscriz. Reg. Pers. Giuridiche Regione Lombardia N° 2213
N° REA MI 1829988



FONDAZIONE SAN BABILA
ONLUS
Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale

Fondo Ortodonzia Misa Ferro

IN RICORDO DELLA DOTT. MARIALUISA FERRO FERRARI



per il trattamento ortodontico
di patologie particolarmente rilevanti

con il patrocinio di



Rotary Club Milano San Babila

Dipartimento Odontoiatria
Ospedale San Paolo – Milano



Polo Universitario



Regione Lombardia
Famiglia e Solidarietà Sociale

Fondo Ortodonzia Misa Ferro

per il trattamento ortodontico di patologie particolarmente rilevanti

REGOLAMENTO

(Estratto. Il Regolamento integrale è disponibile presso le sedi sotto indicate al punto 3)

1. Finalità

Il Fondo eroga un contributo annuale a favore di pazienti con reddito modesto (non superiore a € 30.000,00 all'anno, per nucleo familiare) **residenti nella Regione Lombardia (o con regolare permesso di soggiorno)**, ad integrazione dell'assistenza fornita dal Servizio Sanitario Regionale, per il trattamento ortodontico di patologie particolarmente rilevanti (ad es. malformazioni cranio-maxillo-facciali, patologie sistemiche ed oncologiche).

2. Operatività

Il Fondo attua i suoi interventi attraverso il Reparto di Odontoiatria Infantile e Ortodonzia del Dipartimento di Odontoiatria dell'Ospedale San Paolo di Milano, mediante un **Gruppo Operativo** costituito da Specialisti in Ortodonzia e dal Direttore del Dipartimento di Odontoiatria.

3. Domande

Le domande per la fruizione del trattamento integrativo previsto dal "Fondo Ortodonzia Misa Ferro" vanno compilate sull'apposito modulo, disponibile presso il Dipartimento Odontoiatria dell'Ospedale San Paolo, presso la Segreteria del Rotary Club Milano San Babila e presso la sede della Fondazione San Babila (in queste sedi è anche disponibile il Regolamento integrale del Fondo). Termine ultimo di presentazione: **31 ottobre** del corrente anno (le domande pervenute

in data successiva verranno tenute in considerazione per l'anno seguente).
Le domande vanno inoltrate al seguente indirizzo:

Fondo Ortodonzia Misa Ferro
Direzione Dipartimento di Odontoiatria
dell' Ospedale San Paolo
Via Beldiletto, 1/3
20142 MILANO - MI

4. Criteri di selezione

I pazienti che beneficeranno del trattamento integrativo verranno scelti, **con giudizio insindacabile**, dal "Gruppo Operativo" indicato al punto "2" e l'approvazione del Comitato Direttivo della Fondazione San Babila.

5. Accettazione del Regolamento

La domanda per la fruizione del trattamento integrativo previsto dal "Fondo Ortodonzia Misa Ferro" comporta l'accettazione piena ed incondizionata del presente Regolamento.

6. Altre informazioni

Possono essere richieste a:
Segreteria Rotary Club Milano San Babila
Fondo Ortodonzia Misa Ferro
via San Vittore 6, 20123 MILANO MI
Tel./Fax 02.72.00.30.87
E-mail: rotaryclub_sanbabila@betam.it

Domanda di ammissione al Fondo Ortodonzia Misa Ferro

spedire in busta chiusa, entro il **31 ottobre** del corrente anno, a:

Fondo Ortodonzia Misa Ferro
Direzione Dipartimento Odontoiatria OSPEDALE SAN PAOLO
Via Beldiletto, 1/3
20142 Milano MI

Domanda con certificazione medica

(Si prega di scrivere in carattere stampatello)

Il sottoscritto.....
(nome)

.....
(cognome)

nato a
(località) (cap) (nazione)

residente a
(località) (cap) (telefono)

.....
(via, piazza, ecc) (n°)

permesso di soggiorno
(numero)

.....
(Questura che lo ha rilasciato) (data di scadenza)

chiede l'ammissione alla valutazione per fruire del contributo del "Fondo Ortodonzia Misa Ferro"
(indicare col segno x il destinatario del trattamento)

per sé medesimo

per il proprio congiunto
(nome)

.....
(cognome) (anni)

A tale scopo allega il certificato medico comprovante la necessità di trattamento ortodontico.

Dichiara altresì, sotto la personale responsabilità, che il proprio nucleo familiare dispone di un reddito annuale non superiore ad € 18.000,00 (diciottomila/00).

In fede
(firma leggibile)

Data
(giorno/mese/anno)

