

**DICHIARAZIONE ASL o MEDICO CURANTE
PER RICHIEDERE AL FONDO PENSIONE UNA ANTICIPAZIONE PER
SPESE SANITARIE DERIVANTI DA GRAVISSIME SITUAZIONI
PER TERAPIE ED INTERVENTI STRAORDINARI
RICONOSCIUTI DALLE COMPETENTI STRUTTURE PUBBLICHE PER SE' O
PER IL CONIUGE O PER I FIGLI**

Al Fondo pensione

In relazione alla domanda presentata dal Vostro iscritto:

Cognome e nome

nato/a a

il, codice fiscale

al fine di ottenere l'anticipazione di contributi accumulati nel Fondo Pensione, ai sensi della normativa vigente si riconosce:

a) che lo/la stesso/a e/o il familiare* ha necessità di sottoporsi ad un intervento per:

.....
.....
.....

e/o dovrà sostenere spese sanitarie (di cui al preventivo allegato) per terapie aventi carattere di straordinarietà, che vengono certificate come derivanti da gravissime situazioni.

_____ lì _____.

Timbro e firma

* indicare NOME e COGNOME e relazione di parentela

N.B. il timbro del medico di famiglia deve riportare il codice regionale o ASL. Nel caso tale codice non fosse presente è necessario presentare certificazione del medico dove si attesta che l'aderente è un suo paziente.