

FACSIMILE

**Dichiarazione ASL o altra struttura pubblica competente
per richiedere al Fondo Pensione una anticipazione
per spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie
e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche**

Al Fondo pensione _____

In relazione alla domanda presentata dal Vs. aderente:

Cognome e nome _____

nato/a a _____ il _____

al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Fondo Pensione, come previsto
dall'art.11, comma 7, del D.Lgs. n° 252 del 05/12/2005,

SI DICHIARA

che il sig./sig.ra _____
(riportare il nome dell'aderente al Fondo Pensione o del familiare dell'aderente)

**deve sostenere TERAPIE/INTERVENTI LEGATI A GRAVISSIME SITUAZIONI ED
AVENTI CARATTERE DI STRAORDINARIETÀ SOTTO IL PROFILO MEDICO.**

_____ li _____.

Timbro e firma

Istruzioni:

- La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche convenzionate.
- Il Timbro e la firma della presente Certificazione sono obbligatori e devono consentire l'esatta identificazione del soggetto che ha attestato la situazione sanitaria; a tal fine la Certificazione può essere prodotta su carta intestata
- In caso di spese sostenute per il familiare, allegare stato di famiglia rilasciato dal comune di residenza attestante il rapporto di parentela con l'aderente.

