



## **FACSIMILE**

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

Al Fondo pensione MARCO POLO FONDO PENSIONE

In relazione alla domanda presentata dal Vs. aderente:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi 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 STRAORDINARIETA' SOTTO IL PROFILO MEDICO.**

\_\_\_\_\_ Lì \_\_\_\_\_,

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

### **Istruzioni:**

- La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche convenzionate.
- 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.
- Con la sottoscrizione del presente modulo si autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del D. Lgs. N. 196/03, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

