

**DICHIARAZIONE ASL O MEDICO CURANTE
PER RICHIEDERE AL FONDO PENSIONE UNA ANTICIPAZIONE PER
SPESE SANITARIE A SEGUITO DI GRAVISSIME SITUAZIONI RELATIVE
ALL'ISCRITTO, AL CONIUGE E AI FIGLI PER TERAPIE E INTERVENTI
STRAORDINARI RICONOSCIUTI DALLE COMPETENTI STRUTTURE PUBBLICHE**

**A FONDO PENSIONE
DIRIGENTI COOPERATIVI
Viale Aldo Moro, 16
40127 BOLOGNA**

In relazione alla domanda presentata dal Vs. iscritto:

Cognome e nome _____

nato/a a _____ **il** _____

**al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Fondo Pensione,
ai sensi della normativa vigente**

SI DICHIARA

che il sig./sig.ra _____
*(riportare il nome dell'iscritto al Fondo Pensione
o del familiare fiscalmente a carico dell'iscritto e la relazione di parentela)*

deve sostenere **terapie/interventi aventi carattere di necessità e straordinarietà**
(sotto il profilo medico ed economico).

_____ lì _____.

Timbro e firma

ISTRUZIONI E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI:

- *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 familiare fiscalmente a carico, allegare stato di famiglia rilasciato dal comune di residenza attestante il rapporto di parentela con l'iscritto.*
- *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.*