

**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 Priamo

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.**

_____ lì _____.

Timbro e firma

Istruzioni:

- *La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante con venzionato 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.*
- *Il presente modulo non deve essere in alcun modo modificato con cancellature o correzioni.*



FONDO NAZIONALE DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE PER I
LAVORATORI ADDETTI AI SERVIZI DI TRASPORTO PUBBLICO
E PER I LAVORATORI DEI SETTORI AFFINI
FONDO PENSIONE PRIAMO
Sede legale: Roma, Via Marcantonio Colonna, 7 - 00192
Tel.: 0636004645 - Fax: 0636004709

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE
PER L'ADERENTE CHE HA
RICHIESTO ANTICIPAZIONE
PER SPESE SANITARIE**

Il sottoscritto

Codice fiscale.....

N° Iscrizione..... Azienda

ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

DICHIARA

- la veridicità dei dati riportati nella documentazione allegata;
- di richiedere l'anticipazione per spese sanitarie;
- di impegnarsi a fornire successivamente le fatture e le ricevute fiscali comprovanti le spese effettivamente sostenute.

Allega alla presente documento d'identità.

Data

Firma