MOD.1 - DICHIARAZIONE SANITARIA

Da allegare alla richiesta di Anticipazione per SPESE SANITARIE

In relazione alla domanda presentata dal Vostro iscritto:

1) DATI ANAGRAFICI SOCIO

Cognome

Nome

Comune di nascita

Data di nascita Prov. M F

Codice Fiscale Socio n°

Indirizzo di Residenza N

Comune di Residenza

C.a.p. Telefono

al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Fondo Pensione,
come previsto dall'art.7, comma 4, del D.Lgs. 124/93

SI DICHIARA CHE

2) DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA INTERESSATA (da compilare se diverso dal Socio)

Cognome

Nome

Comune di nascita

Data di nascita Prov. M F

Codice Fiscale

Indirizzo di Residenza N

Comune di Residenza

C.a.p. Telefono

deve sostenere terapie e/o interventi che hanno carattere di straordinarietà

(sotto il profilo medico ed economico)

DATA

Timbro e Firma

Versione aggiornata al 2 gennaio 2014