

FACSIMILE CERTIFICAZIONE¹
ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE
(compilazione a cura dell'Azienda Sanitaria Locale)

(A.S.L. per aderente)

| | | | | | |
|-------------------------------|----------------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|
| L'Azienda Sanitaria locale di | <input type="text"/> | | | | |
| con sede in | <input type="text"/> | prov. | <input type="text"/> | CAP | <input type="text"/> |
| via | <input type="text"/> | | n. | <input type="text"/> | |
| partita IVA | <input type="text"/> | | codice fiscale | <input type="text"/> | |

in relazione alla richiesta anticipazione della posizione individuale maturata presso il Fondo Pensione Laborfonds dall'aderente

| | |
|----------------|----------------------|
| cognome e nome | <input type="text"/> |
| codice fiscale | <input type="text"/> |

certifica che

(inserire il nominativo del soggetto nell'interesse del quale le spese sono state sostenute)

cognome e nome

deve sostenere spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni per terapie e/o interventi straordinari relative alle seguenti prestazioni:

Le suddette prestazioni non sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Data

Timbro e firma _____

¹ Il presente modulo costituisce un "facsimile" e, di conseguenza, ha uno scopo meramente indicativo delle informazioni utili al Fondo Pensione per la concessione dell'anticipazione ai sensi del proprio Statuto.