

Spettabile
UNICREDIT SPA
PENSION FUNDS
Viale Liguria, 26
20143 MILANO

MODULO
Richiesta contributo per Figli e/o Coniuge disabili dei pensionati

La/Il sottoscritta/o

Cognome					Nome																						
Nata/o a					Prov.		il __ / __ / __																				
Codice Fiscale		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																									
Residente a							Prov.																				
Via				n.		Tel fisso																					
e-mail:					Tel. Cell.																						
PENSIONATA/O DEL FONDO																											

CHIEDE

che venga erogato per l'anno _____ il contributo per il figlio/coniuge disabile:
(nome/cognome) _____

Allega copia della certificazione rilasciata dalla Commissione Medica Provinciale attestante la disabilità.

Data _____

Firma _____

Nota: il presente modulo deve essere corredato da documento della commissione medica prov.le certificante la disabilità,

COMUNICAZIONE

PENSION FUNDS provvederà a trasmettere a HR SSC Administration Italy la richiesta del contributo per l'approvazione e, previa autorizzazione erogherà, la provvidenza in oggetto.

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE.