

**DICHIARAZIONE RILASCIATA DALLA STRUTTURA PUBBLICA COMPETENTE O DAL MEDICO DI BASE**

In relazione alla domanda presentata dal signor:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

al fine dell'ottenimento dell'anticipazione di contributi accumulati nel Fondo Pensione, ai sensi dell'art. 11 , comma 7 del Dlgs 252/2005 e successive integrazioni e modificazioni,

**SI DICHIARA**

che il Sig./ la Sig.ra

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

necessita di sostenere terapie/interventi legati a gravissime situazioni ed aventi carattere di straordinarietà sotto il profilo medico. Trattasi specificamente delle prestazioni documentate con :

Fattura nr	/preventivo	del	
rilasciata da			per €
Fattura nr	/preventivo	del	
rilasciata da			per €
Fattura nr	/preventivo	del	
rilasciata da			per €
Fattura nr	/preventivo	del	
rilasciata da			per €

Luogo e data

Timbro e firma ASL o medico di base

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_