

**DICHIARAZIONE ALL PER RICHIEDERE AL FONDO PENSIONE
UNA ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE
PER TERAPIE STRAORDINARIE**

AL FONDO PERSEO SIRIO

In relazione alla domanda presentata dal Vs. iscritto:

Cognome: _____ Nome: _____

nato/a a: _____

il: ____/____/____

al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Fondo Pensione, come previsto dall'art.7, comma 4, del D.Lgs.n° 124 del 21/4/93,

SI DICHIARA

che il sig./sig.ra: _____

(riportare il nome dell'iscritto al Fondo Pensione o del coniuge o del _glio) deve sostenere terapie/ interventi aventi carattere di straordinarietà (sotto il profilo medico ed economico).

Data ____/____/____ Luogo _____

Timbro e Firma _____

ISTRUZIONI:

- La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche convenzionate.
- Con la sottoscrizione del presente modulo, si autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai _ni del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.