

All. n. 3

*Dichiarazione ASL o altra struttura pubblica competente
per richiedere al Fondo Pensione una anticipazione per spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni
relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture
pubbliche*

Spett.le C.RAI.P.I

In relazione alla domanda presentata dal Vs. aderente:

Cognome _____ Nome _____ nato/a
a _____ il _____ C.F. _____

al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Fondo Pensione C.RAI.P.I., come previsto dall'art.11, comma 7, lettera a del D. Lgs. n° 252 del 05/12/2005, vista la documentazione sanitaria ed i preventivi di spesa ovvero le fatture che costituiscono parte integrante della presente

SI DICHIARA

che il sig./sig.ra _____
(riportare il nome dell'aderente al Fondo Pensione o del familiare dell'Aderente)

necessita di terapie/interventi legati a gravissime situazioni ed aventi carattere di straordinarietà sotto il profilo medico ed economico.

_____ li _____

Timbro e firma
