

**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 Laborfondi 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.