



## Fac-simile 1

**Dichiarazione ASL o altra struttura pubblica competente per richiedere al Fondo Pensione un'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.**

A Nobis Fondo di Previdenza

in relazione alla domanda presentata dal vostro aderente:

cognome e nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Fondo Pensione,  
come previsto dall'art. 11, comma 7, del D.Lgs. n. 252 del 05/12/2005,

### si dichiara

che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

(riportare il nome dell'aderente al Fondo Pensione o del familiare dell'aderente)

**deve sostenere terapie o interventi, legati a gravissime situazioni ed aventi carattere di straordinarietà sotto il profilo medico.**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

timbro e firma \_\_\_\_\_

#### Istruzioni:

- la certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da istituti o cliniche convenzionate;
- il timbro e la firma della presente Certificazione sono obbligatori e devono consentire l'esatta identificazione del soggetto che ha attestato la situazione sanitaria; a tal fine la certificazione può essere prodotta su carta intestata;
- in caso di spese sostenute per il familiare, allegare stato di famiglia, rilasciato dal comune di residenza attestante il rapporto di parentela con l'aderente.

