



ATTESTAZIONE DA PARTE DELLA COMPETENTE STRUTTURA PUBBLICA
-DA FAR COMPILARE A CURA DELL'ASL o DEL MEDICO DI FAMIGLIA -

**DELLA STRAORDINARIETÀ DELLE TERAPIE E DEGLI INTERVENTI A SEGUITO DI GRAVISSIME SITUAZIONI
AI SENSI DELL'ART. 11, COMMA 7, LETTERA A), DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 252/2005**

Al
Fondo Pensione a contribuzione definita del
Gruppo Intesa Sanpaolo

In relazione alla domanda presentata dal Vostro Iscritto:

Cognome: _____ **Nome:** _____

Codice fiscale _____

al fine di ottenere l'anticipazione della posizione individuale maturata presso il Fondo Pensione, ai sensi della normativa vigente,

si ATTESTA che

- lo/la stesso/a
- il familiare: Cognome e Nome _____
codice fiscale _____

relazione di parentela:

- CONIUGE/CONVIVENTE IN FAMIGLIA DI FATTO
- FIGLIO/A

deve sostenere spese sanitarie per interventi e terapie aventi carattere di straordinarietà, che vengono certificate come derivanti da gravissime situazioni.

data ____/____/____

_____ **Firma del medico di famiglia**

➔ **Timbro del medico di famiglia riportante il codice regionale o ASL**



Per informazioni

Sito: www.fondopensioneintesaspaolo.it