



**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](http://www.fondopensioneintesaspaolo.it)