

Anticipo del Fondo pensione per cure sanitarie: richiesta di parere medico

(D.lgs. 252/2005)

lo sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

CHIEDO

- ▶ il parere medico per ottenere l'anticipo del Fondo pensione

ALLEGO

1. il piano terapeutico o la documentazione sanitaria con le terapie e gli interventi richiesti
2. il preventivo di spesa
3. il certificato ISEE (solo per le prestazioni odontoiatriche)

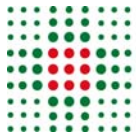
SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma (per esteso e leggibile)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy



SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Esaminata la documentazione allegata, si dichiara che le prestazioni richieste:

- sono rilevanti per motivi sanitari ed economici
- non sono rilevanti per motivi sanitari ed economici

e

- sono erogabili da questa Azienda USL in regime di SSN
- non sono erogabili da questa Azienda USL in regime di SSN

data

firma e timbro *(Il Medico responsabile)*