

## Anticipo del Trattamento di Fine Rapporto (TFR) per cure sanitarie: **richiesta di parere medico**

(L. 297/1982)

Io 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 TFR

### 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

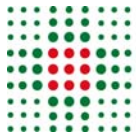
le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla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