



**ANTICIPAZIONE DELLA POSIZIONE**

**MODULO AS**

**Spese sanitarie**

Il/la sottoscritto/a:

cognome e nome		azienda di appartenenza (se in servizio)	
data di nascita	luogo di nascita	provincia	codice fiscale
residenza fiscale	CAP	località	provincia
domicilio (se diverso)	CAP	località	provincia
telefono fisso	telefono cellulare	e-mail	

dichiarando che:  non ha mai chiesto finora l'anticipazione della posizione  ha già chiesto in precedenza l'anticipazione della posizione

**CHIEDE**

di conseguire un'anticipazione dei contributi accumulati presso il Fontedir pari a:

\_\_\_\_\_ € (indicare l'importo netto da anticipare)  
 oppure  
 \_\_\_\_\_ % (indicare la percentuale da anticipare non superiore al 75%)

per il seguente motivo:

**ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE RELATIVE A INTERVENTI E TERAPIE STRAORDINARI**

L'importo dovrà essere erogato con bonifico bancario alle seguenti coordinate (Codice IBAN):

Codice Paese	CIN <sub>EU</sub>	CIN <sub>IT</sub>	ABI	CAB	Numero di conto corrente

Estremi del documento di identità (Adeguamento alle disposizioni della Legge Antiriciclaggio 5 luglio 1991, n. 197)

Tipo di documento: \_\_\_\_\_ Numero del documento: \_\_\_\_\_

Ente emittente: \_\_\_\_\_ Luogo e data di emissione: \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia di:

- documento di identità
- attestazione della struttura pubblica competente circa la straordinarietà della terapia e dell'intervento;
- preventivi di spesa redatti dalla struttura sanitaria prescelta per le prestazioni sanitarie, o predisposti dall'iscritto;
- idonea certificazione anagrafica, ove la terapia o l'intervento riguardino un soggetto diverso dall'iscritto;

I documenti probatori previsti dal Regolamento del Fondo (fatture, ricevute fiscali e/o altri idonei documenti giustificativi) saranno consegnati entro 180 gg. dalla concessione dell'anticipazione. In difetto dei suddetti documenti il/la sottoscritt. si impegna a reintegrare nel Fondo le somme riscosse.

Il/La sottoscritt. dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere a conoscenza dei requisiti previsti dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo per l'esercizio dell'opzione prescelta e che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.

**Trattamento GDPR 679/2016 [consenso necessario per l'erogazione]**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, tenuto conto dell'informativa siglata all'adesione (ai sensi del GDPR 679/2016 e, in precedenza, del D.Lgs 196/2003) in merito al trattamento dei dati forniti per le finalità connesse al presente modulo, che comporta la trasmissione di dati relativi alla salute (particolari categorie di dati, ex art. 9 GDPR 679/2016),

**consente**  **non consente**  consente per il minore di 14 anni in quanto esercente la patria potestà

al trattamento dei dati personali propri o del familiare.

firma dell'iscritto \_\_\_\_\_

firma dell'eventuale familiare \_\_\_\_\_

data

firma