

**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 la percentuale, non superiore al 75%)

per il seguente motivo:

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

L'importo dovrà essere erogato con la seguente modalità:

- 
- assegno circolare non trasferibile
- 
- 
- bonifico bancario alle seguenti coordinate (Codice IBAN):

Codice Paese	CIN	ABI	CAB	Numero conto corrente

**ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE** (Adeguamento alle disposizione 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 riconoscimento
- 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 consegnanti 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.

 \_\_\_\_\_  
 data

 \_\_\_\_\_  
 firma del Dirigente