



Il/la sottoscritto/a	cognome		nome
di nazionalità		con Codice ISS	
nato il	luogo di nascita		sesto <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
residente a	via		Nr. Civico
provincia	CAP	e-mail	recapito telefonico
<input type="checkbox"/> Lavoratore Dipendente <input type="checkbox"/> Lavoratore Autonomo <input type="checkbox"/> Co.Co.Pro <input type="checkbox"/> Amministratore Unico o Delegato, Presidente di CdA, Socio			

chiede

ai sensi dell'art. 17 della Legge numero 191 del 06/12/2011 "...un'anticipazione, fino ad un massimo del 30% della posizione individuale accumulata, per: 1. spese sanitarie..."

Luogo e data	Firma
--------------	-------

Allegati:

- Copia delle fatture o ricevute fiscali attestanti gli oneri effettivamente sostenuti;
- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Codice IBAN su carta intestata della banca;
- per i soggetti non residenti: Certificato di Stato di Famiglia (qualora terapie o interventi riguardino coniuge o figli).

Fondiss

Fondo di Previdenza Complementare della Repubblica di San Marino
 REPUBBLICA DI SAN MARINO
 Via Scialoja, 40 - 47893 Borgo Maggiore
 Tel. +378 (0549) 994402 - Fax +378 (0549) 994493
 fondiss@fondiss.sm
 Copyright FONDISS 2014 - Tutti i diritti sono riservati