



**Fondiss**  
Fondo di Previdenza Complementare  
della Repubblica di San Marino

**ANTICIPAZIONI PER  
INABILITA' PERMANENTE PARI  
ALMENO AL 50%**

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

**chiede**

ai sensi dell'art. 17 della Legge numero 191 del 06/12/2011 "...un'anticipazione fino ad un massimo del 30% della posizione accumulata..." a seguito dell'inabilità permanente pari ad almeno il 50%.

di sospendere il versamento contributivo FONDISS

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

Allegati:

- certificazione rilasciata dalle commissioni mediche dell'Istituto per la Sicurezza Sociale di inabilità permanente pari ad almeno il 50%;
- fotocopia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- codice IBAN su carta intestata della banca.

**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