

RICHIESTA DI ATTESTAZIONE PER ANTICIPO TFR E FORME PENSIONISTICHE COMPLEMENTARI

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____
codice tessera sanitaria _____

in qualità di: diretto interessato familiare altro (specificare) _____

di:

(nome) _____ (cognome) _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____
residenza (se diversa) _____ codice fiscale _____

CHIEDE

che gli/le venga rilasciata un'attestazione da cui risulti che le spese:

- per le cure odontostomatologiche praticate/preventivate dal dr. _____ (ricevuta n. _____ del _____ o preventivo per € _____) sono da ritenersi di carattere straordinario, tale da giustificare la richiesta di anticipazione del trattamento di fine rapporto (art. 1 della legge n. 297/1982)
- per terapie ed interventi particolari _____ praticate/preventivate dal dr. _____ (ricevuta n. _____ del _____ o preventivo per € _____) sono da ritenersi di carattere straordinario tale da giustificare l'anticipazione della posizione individuale maturata per forme pensionistiche complementari (art. 11, comma 7, D.L.vo 05/12/2005 n. 252)
- non sono soggette a rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale

Allega fattura/preventivo delle spese.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

data _____ firma (per esteso) _____

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data

Il dipendente addetto

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve ai lavoratori che, in base alla normativa vigente, possono beneficiare dell'anticipo TFR di norma per cure odontostomatologiche o di anticipo della posizione individuale maturata con forme pensionistiche complementari per terapie ed interventi particolari.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo di richiesta è compilato dall'interessato o, in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- tutore
- interessato con assistenza del curatore
- coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo per motivi di salute

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) Consegnato allo Sportello centrale o periferico multifunzionale e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto*, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it , allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- c) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

Avvertenze

- se la richiesta viene fatta da una persona delegata è obbligatorio allegare delega scritta alla compilazione della presente richiesta e fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante
- si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione.
- Nel caso in cui vengano scelte le modalità di consegna indicate ai punti b) e c) la richiesta non verrà presa in considerazione fino a quando non pervengano all'ufficio competente le fatture/ricevute in originale.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Fattura/preventivo delle spese per cure.

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il certificato può essere:

- ritirato di persona dal richiedente
- ritirato da persona delegata, che dovrà esibire delega scritta, proprio documento d'identità e fotocopia del documento di identità del delegante.

TEMPO DI RISPOSTA: 5 gg. lavorativi

RIFERIMENTI / LINK

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-integrativa
-----------	---