

ALLEGATO A

DOCUMENTI DA PRESENTARE (in originale o copia dichiarata conforme dall'associato) PER RICHIEDERE L'ANTICIPAZIONE PER LE SPESE SANITARIE

1. **modulo di richiesta di anticipazione** compilato in tutte le sue parti;
2. copia della **carta d'identità** e del **codice fiscale** dell'aderente;
3. copia della **dichiarazione ASL** attestante il carattere straordinario e necessario delle spese sanitarie (fac simile allegato);
4. **preventivi** o **fatture*** delle spese mediche (nel caso di preventivi, presentare le relative fatture non appena disponibili);
5. nel caso l'aderente avesse acceso un contratto di finanziamento contro **cessione di quote di stipendio/salario e TFR, autorizzazione** a cura dell'aderente e della **finanziaria** a procedere alla liquidazione (modulo Liberatoria Cessione del Quinto). In presenza di vincoli di natura giudiziaria, il modulo deve essere vidimato anche dal giudice oppure in alternativa dovrà essere allegata la certificazione. **ATTENZIONE: nel caso in cui in presenza di cessione del quinto dello stipendio notificata al Fondo non venga compilato la liberatoria per la cessione del V, il Fondo procederà alla liquidazione dei 4/5 della somma richiesta**
6. Autorizzazione al trattamento dei dati personali (modulo 7) firmato.

DOCUMENTI DA ALLEGARE IN AGGIUNTA A QUELLI SOPRA RIPORTATI, PER RICHIEDERE L'ANTICIPAZIONE PER LE SPESE SANITARIE DEL FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

- certificato di stato di famiglia (**NON DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**);
- autorizzazione al trattamento dei dati personali (modulo 7) firmato dal familiare o, se minore, da chi ne esercita la potestà genitoriale o da chi ne ha la legale rappresentanza;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante lo status di familiare fiscalmente a carico (modulo 8).

* **NOTA BENE**

- In caso di richiesta con **preventivo**, saranno accettati preventivi datati **non oltre 6 mesi prima** della domanda di anticipazione, **fermo restando l'impegno dell'aderente ad inviare le relative fatture non appena disponibili e comunque non oltre i 12 mesi dall'emissione delle stesse;**
- In caso di richiesta con **fatture**, saranno accettate fatture datate **non oltre 120 giorni prima** della domanda di anticipazione.



Numero di iscrizione Albo Covip 1423 C.F. 95007180631

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____

C.F.: _____ Sesso: M F

Data di nascita: _____ Comune di nascita: _____ Provincia: _____

Indirizzo di residenza: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: _____ Telefono: _____

2. RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE

Il sottoscritto CHIEDE di conseguire una ANTICIPAZIONE della prestazione pari a:

_____ , _____ (indicare l'importo richiesto)

_____ % (indicare la percentuale richiesta sul montante maturato)

Per il seguente motivo:

- SPESE SANITARIE per terapie ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche
- ACQUISTO PRIMA CASA di abitazione per sé o per i figli
- interventi di manutenzione, restauro, risanamento e RISTRUTTURAZIONE sulla 1a casa di abitazione propria o dei figli
- spese sostenute o da sostenere durante i periodi di fruizione dei congedi per la FORMAZIONE CONTINUA

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

Data 1a iscrizione a forme pensionistiche complementari: _____

Precedenti richieste di anticipazione al Fondo in epigrafe: SI NO

4. COORDINATE BANCARIE

IBAN _____

c/c intestato a: _____

Istruzioni per la compilazione

Può essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in percentuale del montante maturato. L'importo si intende al lordo delle imposte. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo espresso in cifre. **E' obbligatorio** indicare il motivo della richiesta, in conseguenza del quale sarà **necessario** allegare i seguenti documenti:

- SPESE SANITARIE: vedi allegato A
- ACQUISTO PRIMA CASA: vedi allegato B
- RISTRUTTURAZIONE: vedi allegato C
- FORMAZIONE CONTINUA: vedi allegato D

Data Compilazione: _____ Firma: _____

Parte riservata all'Ufficio (NON SCRIVERE NELLE PARTI SOTTOSTANTI)

Prerequisiti: SI NO Data valutazione/ratifica in CDA: _____ Esito: Procedibile Improcedibile

**Dichiarazione ASL per richiedere al Fondo Pensione una anticipazione
per spese sanitarie per terapie ed interventi straordinari**

Al Fondo pensione _____

In relazione alla domanda presentata dal Vs. iscritto:

Cognome e nome _____

nato/a a _____ **il** _____

al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Fondo Pensione, come previsto dall'art.7, comma 4, del D.Lgs. n° 124 del 21/4/93,

SI DICHIARA

che il/la sig./sig.ra _____
(riportare il nome dell'iscritto al Fondo Pensione o del familiare fiscalmente a carico dell'iscritto)

deve sostenere/ha sostenuto **terapie/interventi aventi carattere di straordinarietà**
(sotto il profilo medico ed economico).

_____ li _____.

Timbro e firma

Istruzioni:

- La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche convenzionate.*
 - In caso di spese sostenute per familiare fiscalmente a carico, allegare stato di famiglia rilasciato dal comune di residenza attestante il rapporto di parentela con l'iscritto.*
 - Con la sottoscrizione del presente modulo, si autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione.*
- Si informa, ai sensi del D.Lgs. n.196/03, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.*

**Al Fondo Pensione del Personale Docente Tecnico ed Amministrativo
dell'Università degli Studi di Napoli Federico II e
della Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli**

Liberatoria Cessione del Quinto

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

di non avere in corso contratti di finanziamento con cessione di quote di stipendio/salario in cui è stato disposto mandato irrevocabile di pagamento, a favore dell'istituto di credito, del diritto di riscatto della posizione economica gestita dal Fondo

di aver contratto ed estinto il contratto di finanziamento contro cessione di quote di stipendio/salario e TFR con la Finanziaria

Timbro e firma della finanziaria

Firma dell'aderente

di avere in atto un contratto di finanziamento contro cessione di quote di stipendio/salario, in cui è stato disposto mandato irrevocabile di pagamento a favore dell'istituto di credito/società finanziaria

che

autorizza la prestazione richiesta

autorizza la prestazione richiesta per un importo massimo di € _____

(in lettere _____) manlevando il Fondo in epigrafe da ogni responsabilità al riguardo

Timbro e firma della finanziaria

Firma dell'aderente

Data _____, Luogo _____



Modulo 7

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003

Il Fondo in epigrafe informa che la documentazione richiesta contiene dati personali che verranno trattati, sia su supporto cartaceo che con l'ausilio di strumenti elettronici, ai fini della liquidazione delle quote versate al Fondo.

Il conferimento di tali dati è necessario alla liquidazione delle spettanze dovute e, pertanto, il rifiuto a fornire la documentazione di cui sopra ed il mancato consenso alle fasi del trattamento rendono impossibile l'espletamento di tale attività.

I dati personali possono essere comunicati:

- alle autorità competenti per l'assolvimento degli obblighi di legge;
- a terzi per la fornitura di servizi informatici e di archiviazione.

Il sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa e di acconsentire al trattamento dei dati personali.

Data _____, Luogo _____

Nome e Cognome

Firma



Modulo 8

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

associato al Fondo in epigrafe dal _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- che il nominativo per il quale si richiede l'anticipazione per le spese sanitarie è:

Cognome	
Nome	
C.F.	
Nato il	
Nato a	
Residente	

- che il soggetto per il quale si richiede l'anticipazione è fiscalmente a carico dell'associato in qualità di _____ (specificare se figlio, coniuge, ecc...)
- che il familiare per il quale si richiede l'anticipazione, per l'anno in corso è fiscalmente a suo carico, in quanto:
 - nell'anno precedente non ha posseduto redditi che concorrono alla formazione del reddito complessivo per un ammontare superiore ad €. 2.840,51;
 - convive con il dichiarante o riceve da questo un assegno alimentare non risultante da provvedimenti dell'Autorità giudiziaria (solo per genitori, ascendenti prossimi, discendenti dei figli, generi/nuore, coniuge legalmente ed effettivamente separato, suoceri, fratelli/sorelle).

Data _____, Luogo _____

Firma _____