



MULTIFOND – Cassa Interaziendale di Previdenza per Prestatori di Lavoro Subordinato Fondo Pensione
iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 1366

DICHIARAZIONE DELLA NATURA DI STRAORDINARIETÀ DELLE TERAPIE E DEGLI INTERVENTI

Ai fini dell'anticipazione per spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche, In relazione alla domanda presentata dal Sig. _____, CF _____, nato/a a _____, Prov. ____; il _____;

DICHIARA

Che il/la Sig./Sig.ra¹ _____

- deve sostenere;
- ha sostenuto;

terapie/interventi aventi carattere di necessità e straordinarietà per:

(elencare di seguito i motivi sottesi alla necessità e straordinarietà dell'intervento)

Codice regionale del medico: _____

Luogo e data

**Timbro e firma del medico² o,
della struttura sanitaria Pubblica (ASL) o di
istituti o cliniche convenzionate con il SSN** _____

¹ Riportare il nome della persona che fruirà dei trattamenti sanitari, ovvero l'iscritto o il coniuge o il figlio

² Il timbro del medico di famiglia deve riportare il codice regionale o ASL





MULTIFOND – Cassa Interaziendale di Previdenza per Prestatori di Lavoro Subordinato Fondo Pensione
iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 1366

DICHIARAZIONE DELLA NATURA DI STRAORDINARIETÀ DELLE TERAPIE E DEGLI INTERVENTI

IL MODULO DEVE ESSERE TRASMESSO TRAMITE CARICAMENTO ALL'INTERNO DELL'AREA RISERVATA:

@ Al seguente sito web: www.multifond.it ;



**IL MODULO INVIATO AD ALTRI INDIRIZZI DEL FONDO, DIVERSO DA QUELLO SUESPOSTO, NON
VERRÀ PRESO IN CONSIDERAZIONE.**



**QUALORA RISCONTRASSI DEI MALFUNZIONAMENTI NEL CARICAMENTO DELLA
DOCUMENTAZIONE ONLINE, PUOI SCRIVERCI AD anagrafica@multifond.it**

