

MODULO

Richiesta contributo per Figli e/o Coniuge/Parte dell'unione civile disabili dei pensionati

La/Il sottoscritta/o

Cognome					Nome														
Nata/o a				Prov.		il __ / __ / ____													
Codice Fiscale		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																	
Residente a						Prov.													
Via			n.		Tel fisso														
e-mail:				Tel. Cell.															
PENSIONATA/O DEL FONDO																			

CHIEDE

che venga erogato per l'anno _____ il contributo per il figlio/coniuge/parte dell'unione civile disabile: (nome/cognome) _____

Allega copia della certificazione rilasciata dalla Commissione Medica Provinciale attestante la disabilità.

Data _____

Firma _____

Nota: il presente modulo deve essere corredato da documento della commissione medica prov.le certificante la disabilità,

COMUNICAZIONE

PENSION FUNDS provvederà a trasmettere a HR Administration Italy la richiesta del contributo per l'approvazione e, previa autorizzazione erogherà, la provvidenza in oggetto.

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE.