

**RICHIESTA DICHIARAZIONE PER ANTICIPAZIONE
DEL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) CAP _____
in via/piazza _____ n. _____
tel./cell. _____ e-mail/PEC _____
Codice Fiscale _____
dipendente della Ditta/Ente _____

al fine di ottenere l'anticipazione del **trattamento di fine rapporto** (TFR),

- avendo provveduto a far compilare sul **retro** il presente modulo, **integralmente e in originale**, dal Medico Specialista / Odontoiatra curante, in entrambe le voci previste (certificazione attestante la **diagnosi circostanziata** e il programma **terapeutico proposto**);
- allega referti radiologici (qualora posseduti);

CHIEDE

una dichiarazione attestante che le prestazioni sanitarie di cui all'allegata documentazione, previste

- per sé
- per il familiare _____
(specificare il grado di parentela) (Cognome e Nome)
- nato/a a _____ (____) il _____

sono ritenute, ai sensi di legge, terapie/interventi sanitari **necessari e straordinari**.

Distinti saluti.

Luogo, data _____

Firma

Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex art. 23 del D.Lgs.196/03

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.

Luogo, data _____

Firma
