

Spettabile
UNICREDIT SPA
PENSION FUNDS
Fondo pensione per il Personale
dell'ex Banca di Roma
Largo Francesco Anzani, 3
00153 Roma

RICHIESTA CONTRIBUTO FIGLI E/O CONIUGE DISABILI

Il/La sottoscritto/a

Cognome		
Nome		
Nato a	Pr.	Il ____/____
Codice Fiscale		
Indirizzo	Pr.	Cap
Tel. fisso	Tel. cellulare	
Indirizzo Email		

CHIEDE

che venga erogato per l'anno _____ il contributo per il figlio/coniuge disabile:

(nome/cognome) _____

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

Data _____

Firma _____

Dichiara inoltre di aver preso atto, visionato e compreso l'informativa sul trattamento e sulla protezione dei dati personali ai sensi ed agli effetti del Regolamento (UE) 2016/679, pubblicata sul sito www.fondopensionebr.it nella sezione "Privacy".

Data _____

Firma _____

COMUNICAZIONE

L'erogazione dell'importo è subordinata al benessere di Unicredit SpA.