



Domanda di prestazioni dal Fondo di solidarietà

Dati del richiedente:

No di membro: _____ Telefono P: _____

Nome/Cognome: _____ Telefono G: _____

Via: _____

CAP/Luogo: _____

E-Mail: _____

EVU: _____

Conto postale IBAN: _____

Conto bancario IBAN: _____

Inizio dell'incapacità lavorativa: _____

Malattia / infortunio

Gravidanza / periodo d'allattamento

Invalidità professionale

Conferma del
richiedente:
(Firma)

Luogo/Data:

Il domanda deve essere allegata: - In caso di malattia / infortunio / gravidanza/periodo d'allattamento le buste paga per i mesi in questione e i certificati medici
- In caso di Invalidità professionale la decisione di Medical Services / fiducia medico

Indicazioni della sezione:

Membro del LPV da: _____ Sezione: _____

Presidente di sezione:
(Timbro et firma)

Luogo/Data:

Jan Schönenberger, Höhenstrasse Ost 59b, 4600 Olten		Mobil: +41 51 281 38 36	kassier@lpv-sev.ch
www.lpv-sev.ch		1 / 1	18.08.2019