

RICHIESTA DI ISCRIZIONE SANI IN AZIENDA



Sportello SANI.IN.VENETO _____ di _____

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale _____

(*)Nato/a _____ (*)il _____

(*)Residente in via _____ n. _____

(*)Comune di _____ (*)Cap _____ (*)Prov. _____

(*)Tel. _____ (*)Mail _____

In qualità di:

titolare, socio, collaboratore di azienda artigiana (costo di 105,00 €)

titolare di impresa non artigiana con dipendenti o soci o collaboratori a progetto (costo di 125,00 €)

collaborazione a progetto (costo di 125,00 €)

dell'azienda _____

Partita Iva _____ Con sede in _____ (*)Prov. _____

via _____ n. _____

Chiede di iscriversi a Sani In Azienda

In qualità di iscritto a San In Azienda

DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci CHE I SEGUENTI FAMILIARI CONVIVENTI COSTITUISCONO IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

1. (*)Coniuge: data matrimonio ___ / ___ / _____ (*)Convivente: inizio convivenza ___ / ___ / _____

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Fiscalmente a carico Sì No Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

2. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

3. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

4. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

