SANI.IN.VENETO
fondo di assistenza sanitaria integrativa regionale per i lavoratori dell'artigianato

DICHIARAZIONE DEL DIPENDENTE SULLA COMPOSIZIONE DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

(resa ai sensi dell'Art. 47 D.P.R 28/12/2000 n. 445)

Modulo di adesione per i famigliari fiscalmente a carico e i figli fino al compimento dei 2 anni di età

Si ricorda che il piano sanitario offerto da **Sani.In.Veneto** prevede che nel premio annuo pro capite del lavoratore siano compresi in copertura anche il **coniuge fiscalmente a carico ed i figli dal momento della nascita fino al compimento dei 2 (due) anni di età** (incluso il giorno del compleanno fino alle ore 24:00)

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a _____
residente a _____
in via_____n._____tel_____
iscritto al Fondo Sani.in.Veneto in data_____

DICHIARA

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' COSI' COMPOSTO:

Coniuge
Cognome_____Nome_____
Fiscalmente a carico ☒ Sì
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F
Nato il |__|__|__|__|__|__|__|__|
Indirizzo di residenza _____ N. _____ CAP _____
Comune di residenza _____ Prov (_____)
Nazione _____ Data Matrimonio_____

Figlio
Cognome _____Nome _____
Fiscalmente a carico ☒ Sì
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F
Nato il |__|__|__|__|__|__|__|__|
Indirizzo di residenza _____ N. _____ CAP_____
Comune di residenza _____ Prov (_____)
Nazione _____

Figlio
Cognome _____Nome _____
Fiscalmente a carico ☒ Sì
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F
Nato il |__|__|__|__|__|__|__|__|
Indirizzo di residenza _____ N. _____ CAP_____

SANI.IN.VENETO
fondo di assistenza sanitaria integrativa regionale per i lavoratori dell'artigianato

Comune di residenza _____ Prov (_____)
Nazione _____

Figlio
Cognome _____ Nome _____
Fiscalmente a carico ☒ Sì
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F
Nato il |__|__|__|__|__|__|__|__|
Indirizzo di residenza _____ N. _____ CAP_____
_____
Comune di residenza _____ Prov (_____)
Nazione _____

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – D. Lgs 196/2003

Presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali; il consenso è pure esteso nei confronti del service amministrativo, della compagnia di assicurazione, del Fondo Sanitario, degli Sportelli accreditati con il Fondo,delle banche.

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

Data_____Firma Associato(*)_____

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

Data_____Firma Coniuge_____

(*) Firma dell'Associato per sé e in nome e per conto di eventuali minorenni facenti parte del proprio nucleo familiare

N.B. Alla presente istanza deve essere allegata una copia di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.