MODULO DI ISCRIZIONE DIRIGENTI POSTE PENSIONATI 2016

Assidai
Il fondo sanitario per il tuo benessere

*Via Ravenna, 14 – 00161 Roma (RM) – **Tel.** 06 44070600 **Fax.** 06 44252612 | 06 92958406*

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____

a _____ Residente in: Via _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Sesso: M☐F☐

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Codice Fiscale _____ Azienda _____

Codice IBAN (per l'accredito dei rimborsi) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CHIEDE L'ISCRIZIONE AD ASSIDAI E DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

- di aver preso visione, presso i Vostri Uffici e/o presso l'Associazione Territoriale Federmanager e/o il sito www.assidai.it, dello Statuto, del Regolamento e dei piani sanitari che regoleranno l'adesione al Fondo, nonché delle comunicazioni dell'intermediario assicurativo **Praesidium S.p.a.**
- di essere iscritto all'Associazione Territoriale **Federmanager di** _____ **o ad una delle Federazioni aderenti alla Cida (specificare)** _____
- di non essere titolare di trattamento pensionistico ☐ di essere titolare di trattamento pensionistico ☐
- di aver acquisito, tramite **Assidai / Federmanager – CIDA** / sito **www.assidai.it**, l'informativa relativa al **D.Lgs 196/03** e di esprimere il consenso al trattamento da parte Vostra, dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrino nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 4 del D. lgs. 196/03, vale a dire i dati idonei a rivelare l'adesione a Sindacati, Associazioni a carattere sindacale, nonché lo stato di salute. Esprime, altresì, consenso alla comunicazione dei dati in questione ai soggetti terzi e comunque ai soggetti da Voi indicati nella predetta informativa, nei limiti in cui detta comunicazione sia stata effettuata per il conseguimento dei Vostri fini.
- di aver consegnato copia dell'informativa di cui sopra a ciascun dei soggetti indicati nel riquadro sottostante.

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE ☐ **Iscritto al Fasi** ☐ **Iscritto ad altro Fondo (specificare quale)** _____ ☐ **non iscritto ad alcun Fondo**

DICHIARA DI SCEGLIERE IL SEGUENTE PIANO SANITARIO E DI AVER PRESO VISIONE DEL RELATIVO CONTENUTO

Piano sanitario	Contributo
POSTE PENSIONATI	**1.071**

Consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge derivanti da mendaci dichiarazioni e false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità civile e penale ed ai fini del percepimento delle prestazioni economiche previste dallo Statuto, dal Regolamento e dai piani sanitari di Assidai, che i componenti del proprio nucleo familiare sono di seguito elencati.

COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE *	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	FIRMA PER IL CONSENSO EX D.Lgs 196/03 (di ciascun componente)
Coniuge					
Convivente more uxorio **					
Figlio/a ***					
Figlio/a ***					
Figlio/a ***					

* Allegare lo stato di famiglia; ** Allegare la dichiarazione attestante la convivenza; *** Figli fino a 26 anni di età (art. 8 Regolamento).

DATA _____ **FIRMA** _____

SI APPROVANO SPECIFICATAMENTE: ARTICOLO 15 DELLO STATUTO E 2, 4, 6, 7, 8 e 9 DEL REGOLAMENTO ASSIDAI

DATA _____ **FIRMA** _____