

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 la propria Azienda, e/o i Vostri Uffici, e/o il sito [www.assidai.it](http://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 non essere titolare di trattamento pensionistico  di essere titolare di trattamento pensionistico
- di aver acquisito, tramite **Assidai o i suoi partner istituzionali e commerciali (ad es. Federmanager / CIDA / Praesidium)**, ovvero sul sito [www.assidai.it](http://www.assidai.it), l'informativa relativa al **D.Lgs. 196/03 e s.s.m.i. e Regolamento 679/16** in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento dei dati personali, all'ambito di comunicazione e di eventuale diffusione degli stessi ai terzi ivi indicati, nonché dei propri diritti circa i dati personali che sono o saranno conferiti ad Assidai per l'espletamento delle attività istituzionali connesse all'iscrizione (punto 1 lett. a dell'informativa);
- di aver consegnato copia dell'informativa di cui sopra a ciascuno dei soggetti, componenti del nucleo familiare, indicati nel riquadro sottostante.

**DICHIARA INOLTRE DI ESSERE**  non iscritto ad alcun Fondo

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

Piano sanitario	Contributo
<b>POSTE QUADRI</b>	<b>1.297</b>

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 VISIONE INFORMATIVA EX D.Lgs. 196/03 (di ciascun componente)
Coniuge					
Convivente more uxorio **					
Figlio/a ***					
Figlio/a ***					
Figlio/a ***					

\* Allegare lo stato di famiglia, il documento d'identità e il codice fiscale dell'iscritto e di tutto il nucleo familiare; \*\* Allegare la dichiarazione attestante la convivenza; \*\*\* Figli fino a 26 anni di età (art. 8 Regolamento).

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**SI APPROVANO SPECIFICAMENTE: ARTICOLO 15 DELLO STATUTO E 2, 3, 4, 6, 7, 8 e 9 DEL REGOLAMENTO ASSIDAI**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, altresì, autorizza espressamente l'utilizzo dei propri dati personali per **comunicazioni diverse da quelle istituzionali** e afferenti a **materiale informativo su prodotti o servizi accessori** offerti da Assidai o suoi partner istituzionali e commerciali (punto 1 lett. b dell'informativa).

AVVERTENZA: da firmare SOLO in caso di effettivo consenso esplicito.

FIRMA \_\_\_\_\_

# AUTOCERTIFICAZIONE dello STATO di FAMIGLIA

(Art. 46 ) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/ \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 6 D.P.R. n. 445/2000

## D I C H I A R A

che la propria famiglia residente in \_\_\_\_\_ (comune) \_\_\_\_\_ (provincia)

via/piazza \_\_\_\_\_ è così composta:  
(indirizzo e numero civico)

1) il/la dichiarante

2) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

3) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

4) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

5) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

6) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

7) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

8) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)**

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e può essere inviata anche con le modalità indicate nell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000.**