

## 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 \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(\*) Residente a \_\_\_\_\_

(\*) In via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### DICHIARA CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' COSI' COMPOSTO:

#### Coniuge

(\*)Cognome \_\_\_\_\_ (\*)Nome \_\_\_\_\_

(\*)Fiscalmente a carico Sì

(\*)Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso: M F

(\*)Nato a \_\_\_\_\_ 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 a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(\*)Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

(\*)Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

(\*)Nazione \_\_\_\_\_

#### Figlio

(\*)Cognome \_\_\_\_\_ (\*)Nome \_\_\_\_\_

(\*)Fiscalmente a carico Sì

(\*)Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso: M F

(\*)Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(\*)Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

(\*)Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

(\*)Nazione \_\_\_\_\_

## Figlio

(\*)Cognome \_\_\_\_\_ (\*)Nome \_\_\_\_\_

(\*)Fiscalmente a carico      Sì

(\*)Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso:      M      F

(\*)Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(\*)Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

(\*)Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

(\*)Nazione \_\_\_\_\_

---

I campi obbligatori per l'iscrizione sono contrassegnati da asterisco "(\*)"

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto ricevuto l'informativa ai sensi art. 13 del Regolamento UE 2016/679, avendone compreso il significato, in merito

A) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e liquidazione della copertura sanitaria Sani In Veneto a cui aderisco ed ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, strutture sanitarie, medici professionisti, società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical e RBM Assicurazione Salute Spa per le prestazioni assicurate e AON HEWITT Srl per le prestazioni autogestite e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate per la fornitura del servizio richiesto.

B) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili per lo svolgimento di attività di statistica per la migliore definizione dei servizi offerti dal Fondo e per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività da parte del Fondo nei limiti delle competenze esercitate e specificate nell'informativa medesima.

do il consenso per il punto A      nego il consenso per il punto A      do il consenso per il punto B      nego il consenso per il punto B

Data \_\_\_\_\_ Firma Richiedente \_\_\_\_\_

do il consenso per il punto A      nego il consenso per il punto A      do il consenso per il punto B      nego il consenso per il punto B

Data \_\_\_\_\_ Firma Coniuge/Convivente \_\_\_\_\_

do il consenso per il punto A      nego il consenso per il punto A      do il consenso per il punto B      nego il consenso per il punto B

Data \_\_\_\_\_ Firma Genitore per figli minorenni \_\_\_\_\_

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