

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 _____

(*) 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 Famiglia 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.