

MODULO CAMBIO PIANO PER LAVORATORE

E NUCLEO FAMILIARE GIÀ ISCRITTO A FASILL
AD USO ESCLUSIVO ED INTERNO DELL'AZIENDA

COMPILARE IN STAMPATELLO E CONSEGNARE A CURA DEL LAVORATORE ALLA PROPRIA AZIENDA
CHE PROVVEDERÀ AL CARICAMENTO SUL SITO www.fasill.it

In nessun caso va inviato al Fondo.

DATI ANAGRAFICI:

Il sottoscritto	
Codice FASILL	Codice fiscale <input type="text"/>
Nato a.....	Prov. Stato..... il
Residente in.....	CAP
Comune.....	Prov. Stato.....
Recapito telefonico (abitazione)	(ufficio)
Cellulare	Fax

A CONOSCENZA:

- Dell'art. 4, **comma 2)**, del **Regolamento FASILL**, per la parte in cui lo stesso dispone che, per il passaggio al piano PLUS, *"Il lavoratore può manifestare all'azienda di sua appartenenza la volontà di integrare il contributo di cui al comma 1 del presente articolo, per accedere ai pacchetti integrativi di cui al comma 3 dell'art. 12, messi a disposizione dal Fondo" e comma 4)* *"..... anche per il coniuge, il convivente more uxorio e i figli fiscalmente a carico, se iscritti,"* e tale volontà è comunicata, *"mediante la compilazione di apposita modulistica di istanza reperibile sul sito del Fondo, da consegnare entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno in corso all'azienda, che provvederà a caricarlo sul sito stesso entro il 31 gennaio dell'anno successivo (farà fede la data della modifica effettiva dei dati effettuata sul sito)".*
- Dell'art. 12, **comma 3)**, del **Regolamento FASILL**, per la definizione dell'importo del contributo aggiuntivo che il lavoratore deve versare per il passaggio al piano PLUS: *"... il contributo aggiuntivo è pubblicato nel Nomenclatore Tariffario delle prestazioni sanitarie rimborsabili" e comma 5),* *" ... Il contributo a carico del lavoratore viene prelevato direttamente dalla retribuzione, attraverso una trattenuta mensile in busta paga".*

DICHIARA LA PROPRIA VOLONTÀ DI EFFETTUARE

IL PASSAGGIO DAL PIANO SANITARIO (*)	
"BASE" AL TIPO "PLUS" <input type="checkbox"/>	"PLUS" AL TIPO "BASE" <input type="checkbox"/>
a far data dal 1 gennaio.....	
La scelta opzionata sarà la medesima anche per il nucleo familiare, se iscritto.	

(*) Per i dettagli dei piani sanitari si rinvia al Nomenclatore Tariffario su www.fasill.it

Data..... Firma del dipendente iscritto principale

Timbro e firma dell'impresa.....