MODULO ISCRIZIONE LAVORATORE
AL FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA FASIIL

FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
LAVORATORI SERVIZI TESSILI E MEDICI AFFINI

Compilare e consegnare all'impresa a cura del lavoratore per il caricamento della sua anagrafica sul sito www.fasiil.it

DATI ANAGRAFICI

Cognome..... Nome.....

Sesso (M/F)..... Codice fiscale

Nato a..... Prov. ..... Stato..... il .....

Residente in.....CAP .....

Comune..... Prov. ..... Stato.....

Recapito telefonico (abitazione) ..... (ufficio) .....

Cellulare ..... Fax .....

INDIRIZZO E-MAIL
a cui saranno inviate le credenziali indispensabili per accedere alla propria all'Area Riservata su www.fasiil.it

.....

COORDINATE BANCARIE:
codice IBAN (27 caratteri - rivelabili dall'estratto di conto corrente)
*Obbligatorio compilare tutte le caselle con il codice IBAN

SCELTA DEL PIANO SANITARIO (*) BASE ☐ PLUS ☐

La scelta del piano sanitario (BASE o PLUS) sarà automaticamente estesa anche al nucleo familiare, se iscritto.
L'adesione al Piano PLUS comporta un vincolo minimo di permanenza di 24 mesi, durante i quali non è possibile richiedere il passaggio al Piano BASE.

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

Data..... **Firma del dipendente iscritto principale** .....

Per qualsiasi informazione è a disposizione il **CONTACT CENTER**, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30, al numero **051 3542041**

MODULO ISCRIZIONE NUCLEO FAMILIARE
AL FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA FASIIL

FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
LAVORATORI SERVIZI TESSILI E MEDICI AFFINI

Compilare questa parte del modulo solo se si vuole iscrivere per la prima volta anche il proprio nucleo familiare. L'iscrizione del nucleo familiare comporta:
- **l'adesione automatica dei familiari al medesimo piano sanitario del lavoratore;**
- **un vincolo minimo di permanenza nel Fondo pari a 24 mesi.**

CONIUGE/CONVIVENTE

Cognome..... Nome.....

Sesso (M/F)..... Codice fiscale

Nato a..... Prov. ..... Stato..... il .....

DA FIRMARE SEMPRE

Consenso al trattamento dati del coniuge/convivente - Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, con la mia firma manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte di FASIIL, nella sua qualità di titolare del Trattamento con le modalità e nei limiti della sopra richiamata informativa, obbligando l'Azienda alla riservatezza e allo non divulgazione degli stessi.

Firma del coniuge/convivente

.....

DA FIRMARE SOLO IN CASO DI ISCRIZIONE DEL CONVIVENTE (COPPIA DI FATTO)

Autocertificazione di convivenza - Io sottoscritto dichiaro di convivere da almeno un anno, al momento dell'iscrizione al Fondo, con ....., attestandone la comunanza di residenza o di domicilio, consapevole che, in caso di dichiarazione inesatta o mendace, incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Firma del dipendente iscritto principale

.....

FIGLIO FISCALMENTE A CARICO (*)

Cognome..... Nome.....

Sesso (M/F)..... Codice fiscale

Nato a..... Prov. ..... Stato..... il .....

NB: L'iscrizione è possibile solo per i figli fiscalmente a carico appartenenti al nucleo familiare e inclusi nello stato di famiglia del dipendente iscritto (art. 3, Regolamento del Fondo).

DA FIRMARE SEMPRE

Consenso al trattamento dati del figlio - Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, con la mia firma manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte di FASIIL, nella sua qualità di Titolare del trattamento con le modalità e nei limiti della sopra richiamata informativa, obbligando l'Azienda alla riservatezza e allo non divulgazione degli stessi.

Firma del figlio (se minore quella di chi esercita la patria potestà)

.....

Autocertificazione della condizione del reddito del figlio fiscalmente a carico - Io sottoscritto dichiaro che mio figlio ..... non percepisce alcun reddito, è fiscalmente a carico del nucleo familiare ed incluso nel mio stato di famiglia consapevole che, in caso di dichiarazione inesatta o mendace, incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Firma del dipendente iscritto principale

.....

Mi impegno a segnalare tempestivamente a FASIIL, per il tramite dell'Azienda, i mutamenti intervenuti rispetto alla situazione sopra autocertificata, consapevole che in caso di dichiarazioni inesatte incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Data ..... **Firma del dipendente iscritto principale** .....

Si ricorda che, a norma di Regolamento, FASIIL si riserva la facoltà di richiedere al dipendente documentazione idonea alla verifica delle condizioni di iscrivibilità.

(*) MODULI NECESSARI E REPLICABILI IN CASO DI PIÙ FIGLI DA ISCRIVERE

FIGLIO FISCALMENTE A CARICO

Cognome..... Nome.....

Sesso (M/F)..... Codice fiscale

Nato a..... Prov. ..... Stato..... il .....

DA FIRMARE SEMPRE

Consenso al trattamento dati del figlio - Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, con la mia firma manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte di FASIIL, nella sua qualità di titolare del trattamento con le modalità e nei limiti della sopra richiamata informativa, obbligando l'Azienda alla riservatezza e allo non divulgazione degli stessi.

Firma del figlio (se minore quella di chi esercita la patria potestà)

.....

Autocertificazione della condizione del reddito del figlio fiscalmente a carico - Io sottoscritto dichiaro che mio figlio ..... non percepisce alcun reddito, è fiscalmente a carico del nucleo familiare ed incluso nel mio stato di famiglia consapevole che, in caso di dichiarazione inesatta o mendace, incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Firma del dipendente iscritto principale

.....

FIGLIO FISCALMENTE A CARICO

Cognome..... Nome.....

Sesso (M/F)..... Codice fiscale

Nato a..... Prov. ..... Stato..... il .....

DA FIRMARE SEMPRE

Consenso al trattamento dati del figlio - Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, con la mia firma manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte di FASIIL, nella sua qualità di titolare del trattamento con le modalità e nei limiti della sopra richiamata informativa, obbligando l'Azienda alla riservatezza e allo non divulgazione degli stessi.

Firma del figlio (se minore quella di chi esercita la patria potestà)

.....

Autocertificazione della condizione del reddito del figlio fiscalmente a carico - Io sottoscritto dichiaro che mio figlio ..... non percepisce alcun reddito, è fiscalmente a carico del nucleo familiare ed incluso nel mio stato di famiglia consapevole che, in caso di dichiarazione inesatta o mendace, incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Firma del dipendente iscritto principale

.....

Mi impegno a segnalare tempestivamente a FASIIL, per il tramite dell'Azienda, i mutamenti intervenuti rispetto alla situazione sopra autocertificata, consapevole che in caso di dichiarazioni inesatte incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Data ..... **Firma del dipendente iscritto principale** .....

Si ricorda che, a norma di Regolamento, FASIIL si riserva la facoltà di richiedere al dipendente documentazione idonea alla verifica delle condizioni di iscrivibilità.