

**Se vuole regalare l'assistenza sanitaria ad uno dei suoi familiari lo indichi qui**   
(in tal caso, verrà inviato a Lei il bollettino bancario per la regolarizzazione dell'iscrizione).  
Per gli anni successivi la modulistica di rinnovo sarà inviata all'indirizzo indicato di seguito dal familiare.

CODICE D'ISCRIZIONE DELL'ISCRITTO PRINCIPALE \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

## SEZIONE DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE DA PARTE DEL FAMILIARE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Residente in: \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Sesso:  F  M

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_  
(per l'accredito dei rimborsi)

**N.B. Qualora l'iscritto non sia titolare di un proprio conto corrente, potrà allegare una delega con cui autorizza la liquidazione dei rimborsi sulle coordinate bancarie indicate.**

### DICHIARA, INOLTRE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

- di aver preso visione sul sito [www.assidai.it](http://www.assidai.it), dello Statuto, del Regolamento e del Piano Sanitario che regoleranno l'adesione al Fondo, nonché delle comunicazioni dell'intermediario assicurativo Praesidium S.p.a.;
- 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 essere consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge derivanti da mendaci dichiarazioni e false attestazioni ai fini del percepimento delle prestazioni economiche previste dallo Statuto, dal Regolamento e dal suddetto Piano Sanitario;
- di aver consegnato copia dell'informativa di cui sopra a ciascuno dei soggetti, componenti del nucleo familiare, indicati nel riquadro sottostante.

### CHIEDE L'ISCRIZIONE AL SEGUENTE PIANO SANITARIO DI CUI HA PRESO ADEGUATA VISIONE

PIANO SANITARIO FAMILIARI SPOSATI		
Figli Sposati (e relativo nucleo di seguito indicato) fino a 45 anni	Figli Sposati (e relativo nucleo di seguito indicato) da 46 a 55 anni	Figli Sposati (e relativo nucleo di seguito indicato) da 56 a 65 anni
<input type="checkbox"/> € 1.442	<input type="checkbox"/> € 1.592	<input type="checkbox"/> € 2.069

COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE *	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	FIRMA PER IL CONSENSO 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.

La formalizzazione dell'iscrizione avverrà con il pagamento del contributo. Il versamento potrà essere effettuato utilizzando uno degli strumenti elencati nel modulo, che Le verrà inoltrato a seguito della ricezione della richiesta di iscrizione.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA (Familiare) \_\_\_\_\_

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

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA (Familiare) \_\_\_\_\_

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 (Familiare) \_\_\_\_\_

# AUTOCERTIFICAZIONE dello STATO di FAMIGLIA

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

## Piano Sanitario FAMILIARI - FIGLI SPOSATI

Il/la sottoscritto/a (familiare) \_\_\_\_\_

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

### DICHIARA

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)