MODULO DI ISCRIZIONE AMCC

Assidai
Il fondo sanitario per il tuo benessere

*Via Ravenna, 14 – 00161 Roma (RM) – **Tel.** 06 44070600 **Fax.** 06 44252612 | 06 92958406*

Associazione Magistrati della Corte dei conti

Cognome_____Nome_____Nato il _____

a_____ Residente in: Via _____

Città_____Prov._____C.A.P._____Sesso: M☐F☐

Tel._____Cell._____E-mail_____

Codice Fiscale_____Azienda _____

Codice IBAN (per l'accredito dei rimborsi) ☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CHIEDE L'ISCRIZIONE AD ASSIDAI E DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

- di aver preso visione, presso i Vostri **Uffici** e/o presso **l'Associazione Territoriale Federmanager** e/o il sito **www.assidai.it**, dello Statuto, del Regolamento e del Piano Sanitario Assidai che regoleranno l'adesione al Fondo, nonché dell'informativa precontrattuale e delle eventuali comunicazioni predisposte dall'intermediario assicurativo Praesidium S.p.A. e reperibili sul sito **www.praesidiumspa.it** – area tutela del cliente;
- di non essere titolare di trattamento pensionistico ☐ di essere titolare di trattamento pensionistico ☐
- di aver acquisito, tramite **Assidai o i suoi partner istituzionali e commerciali (ad es. Federmanager / CIDA / Praesidium S.p.A.),** ovvero sul sito **www.assidai.it**, l'informativa relativa 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;
- di aver consegnato copia dell'informativa di cui sopra a ciascuno dei soggetti, componenti del nucleo familiare, indicati nel riquadro sottostante.

DICHIARA INOLTRE DI: ☐ **non essere iscritto ad alcun Fondo Sanitario Integrativo**

DICHIARA DI SCEGLIERE IL SEGUENTE PIANO SANITARIO E DI AVER PRESO VISIONE DEL RELATIVO CONTENUTO (www.assidai.it)

Company Top	
☐ **fino a 50 anni € 1.968**	☐ **da 51 a 60 anni € 2.365**
☐ **da 61 a 65 anni € 3.146**	☐ **da 66 a 70 anni € 3.696**

Consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge derivanti da mendaci dichiarazioni e false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità civile e penale ed ai fini del percepimento delle prestazioni economiche previste dallo Statuto, dal Regolamento e dai piani sanitari di Assidai, che i componenti del proprio nucleo familiare sono di seguito elencati.

COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE *	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	FIRMA CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ****
Coniuge					
Convivente more uxorio **					
Figlio/a ***					
Figlio/a ***					
Figlio/a ***					

* Allegare lo stato di famiglia o in alternativa l'autocertificazione dello stesso, il documento d'identità e il codice fiscale dell'iscritto e di tutto il nucleo familiare;
** Allegare la dichiarazione attestante la convivenza; *** Figli fino a 26 anni di età (art. 8 Regolamento); **** Il consenso è obbligatorio per poter trattare i dati particolari necessari all'erogazione del servizio.

DATA_____ **FIRMA**_____

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

DATA_____ **FIRMA**_____

SI PREGA DI INVIARE IL PRESENTE MODULO COMPILATO E FIRMATO A*:*
Alessandro Liuzzi
c/o Segreteria dell'Associazione Magistrati della Corte dei conti.
Viale Giuseppe Mazzini, 105 | 00195 ROMA | **tel**. 0638763431 | **cell**: 3371565888 | **email**: associazione.magistrati@corteconti.it

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 _____