

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'accreditto dei rimborsi) 

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

- di aver preso visione, presso i Vostri Uffici e/o presso l'ANP e/o il 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 essere iscritto all'**ANP** o ad una delle **Federazioni aderenti alla Cida** \_\_\_\_\_
- 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**), ovvero sul sito [www.assidai.it](http://www.assidai.it), l'informatica 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'informatica);
- di aver consegnato copia dell'informatica di cui sopra a ciascuno dei soggetti, componenti del nucleo familiare, indicati nel riquadro sottostante.

**DICHIARA INOLTRE DI ESSERE**  **Iscritto al Fasi**  **Iscritto ad altro Fondo (specificare quale)** \_\_\_\_\_  **non iscritto ad alcun Fondo**

**DICHIARA DI SCEGLIERE IL SEGUENTE PIANO SANITARIO E DI AVER PRESO VISIONE DEL RELATIVO CONTENUTO**

PIANO SANITARIO	CONTRIBUTO
<b>Company Plus ANP</b>	<input type="checkbox"/> <b>€ 1.125</b>
<b>Company Top ANP</b>	<input type="checkbox"/> <b>€ 1.491</b>

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 PER VISIONE INFORMATIVA EX D.Lgs. 196/03 (di ciascun componente)
Coniuge					
Convivente more uxorio **					
Figlio/a ***					
Figlio/a ***					
Figlio/a ***					

\*Allegare: lo stato di famiglia; \*\* Allegare la dichiarazione attestante la convivenza; \*\*\* Figli fino a 26 anni di età (art.8 Regolamento).

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

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

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

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'informatica).

**AVVERTENZA:** da firmare SOLO in caso di effettivo consenso esplicito.

**FIRMA** \_\_\_\_\_