Assidai
Il fondo sanitario per il tuo benessere

MODULO DI ISCRIZIONE ANP 2021

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

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____

a _____ Residente in: Via _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Sesso: M☐F☐

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Codice Fiscale _____ Azienda ANP

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'ANP e/o il sito 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**, 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 aver consegnato copia dell'informativa 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
Company Plus ANP	☐ € 1.263
Company Top ANP	☐ € 1.673

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, 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).

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'informativa).
AVVERTENZA: da firmare SOLO in caso di effettivo consenso esplicito.

FIRMA _____