

Il/la sottoscritto/a

(*)Cognome: _____ (*)Nome _____

Nato/a _____ il _____

residente a _____

in via _____ n _____

(*) tel _____ (*) mail: _____

(*)Codice Fiscale: _____

Iscritto al Fondo Sani.In.Veneto, lavoratore dipendente dell'azienda ADERENTE (*) _____

_____ Partita Iva _____

Con sede in via _____ n. _____ a _____ (____)

DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci
CHE I SEGUENTI FAMILIARI CONVIVENTI COSTITUISCONO IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

1. Coniuge (data matrimonio/inizio convivenza: ____ / ____ / ____)

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Fiscalmente a carico Sì No

(*)Codice Fiscale

Sesso: M F

Nato a _____ il _____

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

2. Figlio/a

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Fiscalmente a carico Sì No (*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No

(*)Codice Fiscale

Sesso: M F

Nato a _____ il _____

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

3. Figlio/a

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Fiscalmente a carico Sì No (*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No

(*)Codice Fiscale

Sesso: M F

Nato a _____ il _____

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

4. Figlio/a

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Fiscalmente a carico Sì No (*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No

(*)Codice Fiscale

Sesso: M F

Nato a _____ il _____

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

5. Figlio/a

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Fiscalmente a carico Sì No (*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No

(*)Codice Fiscale

Sesso: M F

Nato a _____ il _____

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

