SANI.IN.VENETO
fondo di assistenza sanitaria integrativa regionale per i lavoratori dell'artigianato

# DICHIARAZIONE DEL DIPENDENTE SULLA COMPOSIZIONE DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

(resa ai sensi dell'Art. 47 D.P.R 28/12/2000 n. 445)

**Modulo di adesione per i famigliari fiscalmente a carico e i figli fino al compimento dei 2 anni di età**

Si ricorda che il piano sanitario offerto da **Sani.In.Veneto** prevede che nel premio annuo pro capite del lavoratore siano compresi in copertura anche il **coniuge fiscalmente a carico ed i figli dal momento della nascita fino al compimento dei 2 (due) anni di età** (incluso il giorno del compleanno fino alle ore 24:00)

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a _____
residente a _____
in via_____n._____tel_____
iscritto al Fondo Sani.in.Veneto in data_____

## DICHIARA

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' COSI' COMPOSTO:

**Coniuge**
Cognome_____Nome_____
Fiscalmente a carico ☒ Sì
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|  Sesso: ☐ M ☐ F
Nato il |__|__|__|__|__|__|__|__|
Indirizzo di residenza _____ N. _____ CAP _____
Comune di residenza _____ Prov (_____)
Nazione _____ Data Matrimonio_____

**Figlio**
Cognome _____Nome _____
Fiscalmente a carico ☒ Sì
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|  Sesso: ☐ M ☐ F
Nato il |__|__|__|__|__|__|__|__|
Indirizzo di residenza _____ N. _____ CAP_____
Comune di residenza _____ Prov (_____)
Nazione _____

**Figlio**
Cognome _____Nome _____
Fiscalmente a carico ☒ Sì
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|  Sesso: ☐ M ☐ F
Nato il |__|__|__|__|__|__|__|__|
Indirizzo di residenza _____ N. _____ CAP_____

SANI.IN.VENETO
fondo di assistenza sanitaria integrativa regionale per i lavoratori dell'artigianato

Comune di residenza _____ Prov (_____)
Nazione _____

**Figlio**
Cognome _____ Nome _____
Fiscalmente a carico ☒ Sì
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|  Sesso: ☐ M ☐ F
Nato il |__|__|__|__|__|__|__|__|
Indirizzo di residenza _____ N. _____ CAP_____
_____
Comune di residenza _____ Prov (_____)
Nazione _____

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – D. Lgs 196/2003

Presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali; il consenso è pure esteso nei confronti del service amministrativo, della compagnia di assicurazione, del Fondo Sanitario, degli Sportelli accreditati con il Fondo,delle banche.

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

Data_____Firma Associato(*)_____

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

Data_____Firma Coniuge_____

(*) Firma dell'Associato per sé e in nome e per conto di eventuali minorenni facenti parte del proprio nucleo familiare

**N.B. Alla presente istanza deve essere allegata una copia di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.**