

RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL FONDO PER IL NUCLEO FAMILIARE DEL DIPENDENTE GIÀ ISCRITTO DAL RISPETTIVO SOCIO/ADERENTE

IO SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____
Nato/a a _____ il _____ Sesso M F
Indirizzo di residenza _____ CAP _____
Comune di residenza _____ Prov. _____
Recapito e-mail _____ Tel. _____

IN QUALITÀ DI ISCRITTO A FONDO SANITARIO ALTO ADIGE E DIPENDENTE DI

Denominazione _____
P.IVA/ CF _____ con sede in _____
Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____
Recapito e-mail _____

DICHIARO

- ✓ di aver preso visione, e di aver fatto prendere visione ai famigliari sotto elencati, dello Statuto, del Regolamento e della Guida illustrativa sul funzionamento di Fondo Sanitario Alto Adige e di accettare le condizioni ivi previste;
- ✓ di aver letto e compreso l'informativa privacy messa a disposizione da Fondo Sanitario Alto Adige, redatta ai sensi dell'art. 13-14 del Regolamento (UE) 2016/679;
- ✓ ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 riguardo a stati, qualità e fatti che riguardano il firmatario, consapevole delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci, anche in nome e per conto dell'altro genitore, di aver ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali sopra fornita da Fondo Sanitario Alto Adige.



CHIEDO

L'iscrizione del mio nucleo familiare di seguito specificato

Coniuge

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Recapito e-mail _____ Tel. _____

Fiscalmente a carico Sì No

Convivente more uxorio

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Recapito e-mail _____ Tel. _____

N.B. presupposti per la convivenza more uxorio sono la coabitazione e lo stesso indirizzo di residenza risultante dallo stato famiglia

Figlio/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Fiscalmente a carico Sì No

Figlio/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Fiscalmente a carico Sì No



Figlio/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Fiscalmente a carico Sì No

MI IMPEGNO

- ✓ ad osservare, e a fare in modo che vengano osservate anche dai familiari sopra elencati, tutte le disposizioni previste dallo Statuto, dal Regolamento e dalla Guida illustrativa sul funzionamento di Fondo Sanitario Alto Adige;
- ✓ a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento delle posizioni, a comunicare tempestivamente ogni aggiornamento relativo ai dati qui forniti; dichiaro di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni sopra fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di iscrizione e mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione anche dei dati anagrafici dei miei familiari che risultino iscritti;
- ✓ a dare notizia tempestiva al Fondo dell'interruzione del mio rapporto di lavoro alle dipendenze dell'impresa sopra indicata.

N.B: Fondo Sanitario Alto Adige si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'iscritto idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese.

INFORMATIVA BREVE

Titolare del trattamento dei dati personali è Fondo Sanitario Alto Adige, contattabile all'indirizzo e-mail: info@sani-fonds.it; PEC: sani-fonds@secure-pec.it; Responsabile della protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) è la società ReNorm S.r.l. (Dr. Francisco Garcia-Garrido contattabile all'indirizzo e-mail: renorm@legalmail.it).

I dati personali da Lei forniti sono trattati, tra le altre, per poter gestire la Sua iscrizione al Fondo, nonché quella della Sua famiglia in conformità alle attività previste dal Regolamento Fondo Sanitario Alto Adige, e per il tempo strettamente necessario al raggiungimento delle finalità per le quali sono stati raccolti. Per tali finalità il conferimento dei dati è necessario e l'eventuale rifiuto di fornire i dati, in tutto o in parte, comporterà l'impossibilità di erogazione dei servizi forniti dal Titolare del trattamento. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. L'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679. Per ulteriori informazioni, anche relativamente al Suo consenso, si rimanda all'informativa dettagliata sul trattamento dei dati personali, scaricabile sul nostro sito web (sezione "Moduli"): <https://www.sani-fonds.it/it>



→ Confermo di aver letto e compreso l'informativa privacy, disponibile al seguente [link](#).

Luogo _____ Data _____

Firma del richiedente

ALLEGATI ALLA RICESTA DI ISCRIZIONE

Per i figli maggiorenni fiscalmente a carico con invalidità permanente non inferiore ai due terzi, allegare idonea documentazione (si precisa che in questo caso non sono previsti limiti di età);

INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

Tramite posta elettronica: info@sani-fonds.it

Personalmente o a mezzo posta presso la sede di Fondo Sanitario Alto Adige:

Via Marie Curie 15 – 39100 Bolzano