

## **RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO PER IL TITOLARE DI IMPRESA INDIVIDUALE ADERENTE/COLLABORATORE FAMILIARE DI IMPRESA FAMILIARE ADERENTE/SOCIO PERSONA FISICA DI SOCIETA' ADERENTE E RELATIVI FAMILIARI**

### **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 QUALITA' DI**

- TITOLARE
- COLLABORATORE FAMILIARE
- SOCIO PERSONA FISICA

### **DELL'IMPRESA/ENTE CHE HA PRESENTATO DOMANDA DI ADESIONE A FONDO SANITARIO ALTO ADIGE**

Ragione sociale \_\_\_\_\_

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.
- (in caso di socio persona fisica) di prestare attività lavorativa presso la società di cui sopra;



## CHIEDO

- Iscrizione per me stesso  
 Iscrizione per me stesso e per i miei seguenti familiari

**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 famigliari 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. In caso di iscrizione anche del Nucleo familiare, dichiaro di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni sopra fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti e mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione anche dei dati anagrafici dei miei familiari che risultino iscritti.

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](mailto:info@sani-fonds.it); PEC: [sani-fonds@secure-pec.it](mailto:sani-fonds@secure-pec.it); Responsabile della protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) è la società ReNorm S.r.l. (contattabile all'indirizzo e-mail: [renorm@legalmail.it](mailto: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 RICHESTA 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);

**Nel caso di richiesta di adesione di titolare di azienda, senza dipendenti in forza o con dipendenti per i quali l'impresa è obbligata a versare i contributi ad altro fondo**, allegare modulo di adesione dell'azienda.

**Nel caso di richiesta di iscrizione del collaboratore familiare**, allegare atto notarile dal quale risulta la predetta qualifica.

## INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

Tramite posta elettronica: [info@sani-fonds.it](mailto:info@sani-fonds.it)

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

Via Marie Curie 15 – 39100 Bolzano