



## VARIAZIONE NUCLEO FAMILIARE/USCITA

IL PRESENTE MODULO, COMPILATO E SOTTOSCRITTO, DEVE ESSERE PRESENTATO IN AZIENDA ENTRO IL 30 NOVEMBRE 2021.

Preso visione del consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016, dei dati personali appartenenti a particolari categorie ex art. 9, par 1, del Regolamento, all'utilizzo di indirizzo mail e numero telefonico forniti nel presente modulo di adesione. In mancanza di questo consenso, Fondo Altea non potrà dare seguito alla richiesta di iscrizione.

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ C.F.

TELEFONO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'esclusione dal nucleo familiare in copertura del/i seguente/i componente/i

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Parentela	Codice fiscale	€/mese
		coniuge/ convivente	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>	€ 8
		figlio/a	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>	€ 6
		figlio/a	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>	€ 6
		figlio/a	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>	€ 6
		TOTALE		€

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:

- Il familiare è in possesso di altra copertura sanitaria.
- Il familiare non è più presente nello stato di famiglia.
- Il familiare è minore di anni 6 al 1 gennaio 2022.

### DELEGA

il datore di lavoro \_\_\_\_\_  
a trattenere dalla propria retribuzione, a partire da gennaio 2022, la somma mensile corrispondente alla nuova composizione del nucleo.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### Da compilare a cura dell'azienda

RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

PARTITA IVA / CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

l'azienda si impegna ad inviare il presente modulo a [familiari@fondoaltea.it](mailto:familiari@fondoaltea.it) entro e non oltre il 12 dicembre 2021

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma e timbro \_\_\_\_\_