fondo altea
assistenza sanitaria integrativa
costruzioni - legno arredo

VARIAZIONE NUCLEO FAMILIARE/USCITA

IL PRESENTE MODULO, COMPILATO E SOTTOSCRITTO, DEVE ESSERE CONSEGNATO IN AZIENDA ENTRO IL 30 NOVEMBRE 2020.

Presa 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	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	€ 8
		figlio/a	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	€ 6
		figlio/a	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	€ 6
		figlio/a	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	€ 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 2021.**

DELEGA

il datore di lavoro _____

a trattenere dalla propria retribuzione, a partire da gennaio 2021, la somma mensile corrispondente alla nuova composizione del nucleo.

Luogo e data _____ Firma _____

Gli iscritti sono tenuti a conservare copia del modulo.

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 entro e non oltre il 12 dicembre 2020

Luogo e data _____ Firma e timbro _____