

CONIUGE

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M F

Nato/a a _____ il: |__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____

Comune di residenza: _____ PROV: (_____)

Fiscalmente a carico Sì No

 CONVIVENTE MORE UXORIO

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M F

Nato/a a _____ il: |__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____

Comune di residenza: _____ PROV: (_____)

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

 FIGLIO/FIGLIA

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M F

Nato/a a _____ il: |__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____

Comune di residenza: _____ PROV: (_____)

 FIGLIO/FIGLIA

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M F

Nato/a a _____ il: |__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____

Comune di residenza: _____ PROV: (_____)

 FIGLIO/FIGLIA

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M F

Nato/a a _____ il: |__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____

Comune di residenza: _____ PROV: (_____)

MI IMPEGNO

- **ad osservare tutte le disposizioni** previste dallo Statuto e dal Regolamento di Sani-Fonds;
- **a fornire tutti gli elementi utili** per la costituzione e l'aggiornamento delle posizioni. In caso di iscrizione/adesione 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 dei dati** anagrafici dei miei familiari che risultino iscritti o aderenti al Fondo.

N.B: Sani-Fonds si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'iscritto/aderente idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese.

Data compilazione: _____

Firma del Richiedente: _____

La polizza si rinnova tacitamente alla scadenza contrattualmente prevista (31 Luglio di ogni anno).

Viene fatta salva la facoltà del titolare di azienda di comunicare il proprio recesso dal Fondo con preavviso, mediante comunicazione scritta da inviarsi almeno 60 (sessanta) giorni prima rispetto alla scadenza contrattualmente prevista (31 Luglio di ogni anno).

Data compilazione: _____

Firma del Richiedente: _____

PREGASI ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI ISCRIZIONE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- **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 artigiana, senza dipendenti in forza,** allegare la visura aggiornata della Camera di Commercio);

Il modulo compilato in tutte le sue parti è da inviarsi a Sani-Fonds ai seguenti recapiti:

Tramite posta elettronica: info@sani-fonds.it o sani-fonds@secure-pec.it

Personalmente o a mezzo posta presso la sede di Sani-Fonds: Via Marie Curie Strasse 15 – 39100 Bolzano