SANI-FONDS
LANDESZUSATZGESUNDHEITS-FONDS | FONDO SANITARIO INTEGRATIVO PROVINCIALE

Spettabile SANI-FONDS
Fondo Sanitario Integrativo Provinciale
Via Marie Curie 15
39100 BOLZANO
CF 94121480217

RICHIESTA DI ADESIONE AL FONDO SANITARIO PER IL CONIUGE FISCALMENTE A CARICO

Dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare ai sensi degli articoli 46-47 D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000

IO SOTTOSCRITTO/A

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nato/a a_____ il: |__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____Prov (_____) Nazione _____

Recapito e-mail: _____@_____ telefonico : _____

MESE DI ISCRIZIONE DEL CONIUGE A CARICO NEL FONDO:_____

☐ **IN QUALITA´ DI DIPENDENTE DELLA DITTA** _____

P.IVA/ CF_____

con sede in _____ via _____ nr._____

Recapito e-mail: _____@_____ telefonico : _____

DICHIARO:

di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento Interno di Sani-Fonds e di accettare le condizioni ivi previste;

CHIEDO

☐ **L´ADESIONE DEL CONIGUE FISCALMENTE A CARICO:** chiedo l'iscrizione a Sani-Fonds del coniuge fiscalmente a carico; a tal fine indico qui di seguito i riferimenti dello stesso:

SANI-FONDS
LANDESZUSATZGESUNDHEITS-FONDS | FONDO SANITARIO INTEGRATIVO PROVINCIALE

☐ **CONIUGE**

Cognome: _____ Nome _____

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

Nato/a a_____ il: |__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____

Comune di residenza: _____ PROV: (_____)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o mendaci richiamate dall´art. 76 del DPR 445 del 28 Dicembre 2000,

DICHIARO

di avere fiscalmente a carico il mio coniuge

Data compilazione: _____ Firma del Richiedente:_____

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 della posizione del coniuge. 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 fiscale e anagrafica del mio coniuge.**

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:_____

Il modulo compilato è da inviarsi a Sani-Fonds:

Via E-mail: info@sani-fonds.it Via Pec: sani-fonds@secure-pec.it