CERTIFICAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE ASSICURABILE DELL'ISCRITTO

(Dichiarazione Sostitutiva resa ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, Capo III, Sezione V)

Modulo da consegnare/inviare compilato in ogni sua parte SOLO in occasione della prima richiesta di prestazione per un familiare e/o nel caso siano interevenute modifiche al prorio nucleo familare

Io Sottoscritto/a	Cognome			Nome	
Nato/a		il		Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	
Residente in via		N°	CAP	Località/Comune	Prov
Domicilio (se diverso da residenza)			CAP	Località/comune	Prov
Non obbligatorio N° Tel. fisso	OBBLIGATORIO Tel cellulare			Non obbligatorio E-mail	
☐ OPERAIO		☐ IMPIEGATO			

consapevole delle sanzioni penali nelle quali potrò incorrere in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 - D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese, decadrò dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 - D.P.R. 445/2000),

DICHIARO

- che **il mio coniuge, fiscalmente a carico e risultante dal mio stato di famiglia**, è:

Cognome e Nome		
nato/a a	il ……/……/……	Cod.Fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- che i **miei figli fiscalmente a carico** sono:

Cognome e Nome		
nato/a a	il ……/……/……	Cod.Fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cognome e Nome		
nato/a a	il ……/……/……	Cod.Fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cognome e Nome		
nato/a a	il ……/……/……	Cod.Fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cognome e Nome		
nato/a a	il ……/……/……	Cod.Fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cognome e Nome		
nato/a a	il ……/……/……	Cod.Fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Attenzione: Il/La sottoscritto/a allega alla presente dichiarazione una copia del proprio documento di identità e dei documenti d'identità di ciascuno dei familiari maggiorenni.

Data ___/___/_____ Firma dell'Iscritto _____

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

INFORMATIVA SANEDIL ALL'ISCRITTO ED AI FAMILIARI

I dati personali inseriti nel presente modulo saranno trattati da SANEDIL al fine di provvedere agli adempimenti previsti per gli iscritti al fondo sanitario integrativo per l'edilizia (articolo 6, lettere b, del GDPR).
I dati saranno trattati da dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di addetti autorizzati al trattamento dei dati, e da terzi soggetti che svolgono attività per conto del Titolare, nella loro qualità di Titolari autonomi (UNISALUTE per le prestazioni e UNIPOLSAI per i rimborsi), o Responsabili del trattamento (OPENBOX per la gestione dei sistemi informativi e CASSE EDILI / EDILCASSE, per lo svolgimento di attività di interfaccia con gli iscritti).
L'utilizzo dei dati per le finalità di cui sopra è obbligatorio. La mancanza dei dati e/o l'eventuale espresso rifiuto al trattamento comporterà l'impossibilità per il Titolare di svolgere le attività in favore degli iscritti al Fondo.
L'informativa completa sul trattamento dei dati personali di SANEDIL è disponibile nella sezione Privacy del sito www.fondosanedil.it.