



Fondo Assistenza Sanitaria Nazionale Integrativa

Modulo richiesta adesione al Fondo FASNI Compilazione a cura del Lavoratore da restituire al FONDO

Spett.le
Direzione Nazionale
Fondo FASNI
Viale Beethoven, 63
00144 ROMA

Richiesta di adesione al Fondo FASNI

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a _____, il _____, e residente in _____
tel. _____, cell. _____, e-mail _____
Lavoratore presso l'Azienda _____, con sede legale in _____, C.F. _____

DICHIARO

di aver preso conoscenza dello Statuto e del Regolamento del Fondo FASNI per i Lavoratori, le cui disposizioni mi impegno a rispettare, nonché delle prestazioni dallo stesso erogate, e pertanto con la presente

CHIEDO

l'adesione al **Fondo FASNI** a decorrere dalla data odierna, allo scopo di ottenere l'assistenza relativa ai trattamenti di carattere assistenziale sanitario. Pertanto, con la presente,

AUTORIZZO,

fino a revoca, il mio Datore di Lavoro, a trattenere dagli emolumenti l'importo di seguito specificato a titolo di contributo mensile a mio carico, anche ai sensi dell'Art. 1260 c.c., così come previsto dal "**CCNL Intersettoriale per i Dipendenti dei Settori Commercio, Distribuzione, Pubblici Esercizi, Servizi e Turismo**" del 15 marzo 2019.

Lavoratore €. 8,57 al mese per 14 mensilità;

Pertanto autorizzo, per quanto occorra, espressamente, l'Impresa e **Fondo FASNI** a comunicare e trattare/fare trattare le informazioni confidenziali e/o i dati personali in virtù degli adempimenti contrattuali in tema di Servizi Sanitari e/o Fondi Sanitari.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa allegata al presente modulo di adesione (**Allegato A**).

Il presente Modulo è composto di n. 2 copie, di cui una da consegnare all'Impresa, la quale provvederà ad iscrivere il Richiedente tramite la procedura indicata nel Regolamento del Fondo FASNI, e l'altra da trattenere dall'Impresa per i propri adempimenti interni.

Con l'occasione porgo i miei migliori saluti.

Compilazione a cura del Lavoratore e restituzione all'Impresa

Il/La Sottoscritto/a preso atto dei diritti di cui al Decreto Legislativo 196/03 (Privacy) e s.m.i. e D.Lgs 101/2018, esprime il consenso previsto dall'art. 23 e 26 del citato Decreto al trattamento dei dati che mi riguardano, al **FASNI - Fondo Assistenza Sanitaria Nazionale Integrativa**, per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, del **FASNI - Fondo Assistenza Sanitaria Nazionale Integrativa**, nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all'esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.

Luogo e data _____

Firma (leggibile) in originale _____