



Scheda di VARIAZIONE ANAGRAFICA ASSISTITO(DIPENDENTE)

CODICE AZIENDA _____

DATI AZIENDA

Da compilare in stampatello da parte dell'azienda (se non già precompilato); i dati indicati con * sono obbligatori

RAGIONE SOCIALE*

CATEGORIA DI APPARTENENZA DELL'ASSISTITO (ES. OPERAIO, IMPIEGATO, ...)*

.....

✓

TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA

TIMBRO

Da compilare in stampatello da parte dell'assistito e consegnare all'amministrazione del personale della propria azienda che provvederà a:

- registrare le informazioni nel sito www.fasni.it - area aziende
- trasmetterlo in originale al **Fondo FASNI – Fondo di Assistenza Sanitaria Nazionale Integrativa - Viale Beethoven n° 63 int. 2 - 00144 Roma (RM)**

i dati indicati con * sono obbligatori

ASSISTITO

COGNOME* NOME*

SESSO* M F NATOA* PROVINCIA*

IL (GG/MM/AAAA)* _____ CODICE FISCALE* _____

TIPOLOGIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO*

ENTE DI RILASCIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO*

DATA DI RILASCIO (GG/MM/AAAA)* _____ DATA DI SCADENZA (GG/MM/AAAA)* _____

CHIEDE LA VARIAZIONE DEI DATI DI SEGUITO RIPORTATI

SCHEDA DI VARIAZIONE ANAGRAFICA ASSISTITO (DIPENDENTE)





Scheda di VARIAZIONE ANAGRAFICA ASSISTITO(DIPENDENTE)

CODICE AZIENDA _____

DATI ASSISTITO	VARIAZION <input type="checkbox"/>	CESSAZION <input type="checkbox"/>
CODICE ADESIONE AL FONDO*		
CESSAZIONE CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO ALTRO		

VARIAZIONE	Compilare solo i campi che si vuole vengano variati, per errata registrazione al momento dell'iscrizione o variazione successiva	
COGNOME*.....	NOME*	
SESSO* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NATO A*.....	PROVINCIA*.....
IL (GG/MM/AAAA)* _____	CODICE FISCALE* _____	
TIPOLOGIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO*		
ENTE DI RILASCIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO*		
DATA DI RILASCIO (GG/MM/AAAA)* _____	DATA DI SCADENZA (GG/MM/AAAA)* _____	
RESIDENTE A*	PROV.*	C.A.P.*
INDIRIZZO*		
TEL. ABITAZIONE	TEL. UFFICIO	CELLULARE
EMAIL*		

RECAPITO CORRISPONDENZA	Se diverso dalla residenza	
INDIRIZZO.....		
CAP.....	LOCALITÀ.....	PROVINCIA.....

COORDINATE BANCARIE: CODICE IBAN	Del proprio C/C su cui accreditare eventuali rimborsi
Riportare tutti i 27 caratteri del codice* _____	

Per informazioni circa il trattamento dei Suoi dati personali da parte del **Fondo FASNI - Fondo di Assistenza Sanitaria Nazionale Integrativa** che opera in qualità di Titolari, La invitiamo a consultare l'informativa privacy che Le è stata consegnata per conto dei Titolari del trattamento dal datore di lavoro e comunque disponibile sul sito www.fasni.it.

.....
DATA
SCHEDE DI VARIAZIONE ANAGRAFICA ASSISTITO (DIPENDENTE)

✓
FIRMA ASSISTITO

