



Modulo di VARIAZIONE ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

CODICE AZIENDA	<input type="text"/>
ISCRITTO PRINCIPALE	<input type="text"/>

Il sottoscritto.....in qualità di “Assistito” al Fondo FASNI - Fondo di Assistenza Sanitaria Nazionale Integrativa, richiede la variazione dei dati di seguito riportati.

CONIUGE / CONVIVENTE MORE UXORIO	VARIAZIONE <input type="checkbox"/>	CESSAZIONE <input type="checkbox"/>
CODICE ADESIONE AL FONDO*		
COGNOME*..... NOME*		
CODICE FISCALE* <input type="text"/>	SESSO* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)* <input type="text"/>	TIPOLOGIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO*	
ENTE DI RILASCIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO*		
NUMERO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO*		
DATA DI RILASCIO (GG/MM/AAAA)* <input type="text"/>	DATA DI SCADENZA (GG/MM/AAAA)* <input type="text"/>	
CESSAZIONE	DATA CESSAZIONE <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DIVORZIO <input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> ALTRO
<p>Per informazioni circa il trattamento dei dati personali da parte del Fondo FASNI – Fondo di Assistenza Sanitaria Nazionale Integrativa che opera in qualità di titolare del trattamento la invitiamo a consultare l’informativa privacy disponibile sul sito www.fasni.it</p>		
✓.....		
FIRMA DEL CONIUGE/ CONVIVENTE MORE UXORIO PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI		

MODULO DI VARIAZIONE ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE



Viale Beethoven, 63 int. 2 – 00144 Roma
Tel: 06 58310827 – 06 58364079 – 06 58343028 – Fax
06 58343020 P.IVA 1377995106 – e.mail: info@fasni.it
Web: www.fasni.it



Modulo di VARIAZIONE ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

CODICE AZIENDA
ISCRITTO PRINCIPALE

FIGLIO/A 1	VARIAZIONE <input type="checkbox"/>	CESSAZIONE <input type="checkbox"/>
CODICE ADESIONE AL FONDO* <input type="text"/>		
COGNOME* <input type="text"/> NOME* <input type="text"/>		
CODICE FISCALE* <input type="text"/>	SESSO* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)* <input type="text"/>
Indicare inoltre se:		
<input type="checkbox"/> è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (garanzia operante no al 26° anno di età);		
<input type="checkbox"/> è inabile al 67% (senza limite di età). Allegare la certificazione di inabilità totale.		
CESSAZIONE	DATA CESSAZIONE <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NON FISCALMENTE A CARICO <input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> ALTRO
Per informazioni circa il trattamento dei dati personali da parte del Fondo FASNI – Fondo di Assistenza Sanitaria Nazionale Integrativa che opera in qualità di Titolari del trattamento La invitiamo a consultare l’informativa privacy disponibile sul sito www.fasni.it .		
✓ <input type="text"/>		
FIRMA DEL FIGLIO/A, SE MAGGIORENNE, PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI (SE IL FIGLIO È MINORENNE FIRMA DI UNO DEGLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTÀ)		





Modulo di VARIAZIONE ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

CODICE AZIENDA
ISCRITTO PRINCIPALE

FIGLIO/A 2

VARIAZIONE

CESSAZIONE

CODICEADESIONEAL FONDO*

COGNOME* NOME*

M F

CODICE FISCALE*

SESSO*

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (garanzia operante no al 26° anno di età);
 è inabile al 67% (senza limite di età). **Allegare la certificazione di inabilità totale.**

CESSAZIONE DATA CESSAZIONE **NON FISCALMENTEA CARICO** **DECESSO** **ALTRO**

Per informazioni circa il trattamento dei dati personali da parte del Fondo FASNI – Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Nazionale che opera in qualità di Titolare del trattamento La invitiamo a consultare l’informativa privacy disponibile sul sito www.fasni.it.

✓

FIRMA DEL FIGLIO/A, SE MAGGIORENNE, PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI

(SE IL FIGLIO È MINORENNE FIRMA DI UNO DEGLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTÀ)





Modulo di VARIAZIONE ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

CODICE AZIENDA
ISCRITTO PRINCIPALE

FIGLIO/A 3

VARIAZIONE

CESSAZIONE

CODICE ADESIONE AL FONDO*

COGNOME* NOME*

CODICE FISCALE*

M F

SESSO*

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)*

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (garanzia operante no al 26° anno di età);
 è inabile al 67% (senza limite di età). **Allegare la certificazione di inabilità totale.**

CESSAZIONE	DATA CESSAZIONE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	NON FISCALMENTE A CARICO	<input type="checkbox"/>	DECESSO	<input type="checkbox"/>	ALTRO	<input type="checkbox"/>
------------	-----------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------	--------------------------	-------	--------------------------

Per informazioni circa il trattamento dei dati personali da parte del Fondo FASNI – Fondo di Assistenza Sanitaria Nazionale Integrativa Sanitaria Nazionale che opera in qualità di Titolare del trattamento La invitiamo a consultare l'informativa privacy disponibile sul sito www.fasni.it.

✓

FIRMA DEL FIGLIO/A, SE MAGGIORENNE, PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI

(SE IL FIGLIO È MINORENNE FIRMA DI UNO DEGLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTÀ)





Modulo di VARIAZIONE ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

CODICE
AZIENDA

ISCRITTO
PRINCIPALE





Modulo di VARIAZIONE ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

CODICE AZIENDA
ISCRITTO PRINCIPALE

FIGLIO/A 4	VARIAZIONE <input type="checkbox"/>	CESSAZIONE <input type="checkbox"/>
CODICE ADESIONE AL FONDO*		
COGNOME* NOME*		
<input type="text"/> CODICE FISCALE*	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F SESSO*	<input type="text"/> DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)*
Indicare inoltre se:		
<input type="checkbox"/> è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (garanzia operante no al 26° anno di età);		
<input type="checkbox"/> è inabile al 67% (senza limite di età). Allegare la certificazione di inabilità totale.		
CESSAZIONE	DATA CESSAZIONE <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NON FISCALMENTE A CARICO <input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> ALTR
Per informazioni circa il trattamento dei dati personali da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Nazionale Integrativa che opera in qualità di Titolare del trattamento La invitiamo a consultare l'informativa privacy disponibile sul sito www.fasni.it .		
✓ FIRMA DEL FIGLIO/A, SE MAGGIORENNE, PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI (SE IL FIGLIO È MINORENNE FIRMA DI UNO DEGLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTÀ)		

