



**mod. unico**  
(sostituisce Mod. d/03 - d/03 bis - d/06)  
da consegnare alla Struttura convenzionata

## AUTOCERTIFICAZIONE

... I ... sottoscritt .....

N° matricola F.A.S.D.A.C. ....

agli effetti del diritto di accedere alle prestazioni sanitarie in forma diretta erogate dalla Struttura

..... secondo la convenzione stipulata con il F.A.S.D.A.C. dichiara,

sotto la propria responsabilità, di essere iscritt ... al Fondo di Assistenza Sanitaria Dirigenti Aziende

Commerciali in qualità di:

**dirigente in servizio**

presso la seguente azienda: .....

**dirigente prosecutore volontario**

**dirigente pensionato**

**pensionato indiretto**

Cognome e Nome dell'assistito .....  
(dirigente o familiare)

grado di parentela con il dirigente iscritto .....

In fede

Data .....

.....  
(firma del dirigente)

### **D. LGS. n. 196/2003 - Tutela della privacy**

I dati forniti saranno trattati dal FASDAC in conformità al D.Lgs. 196/2003 recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

Il FASDAC garantisce il rispetto dei diritti dell'interessato di cui al titolo II (artt. 7-10) del decreto legislativo indicato.