

**FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA**0154 ROMA - Via CARLO SPINOLA,16 – INTERNET: www.fasi.it

TEL. 06/518911 Servizi Telefonici con operatore

TEL. 0651435236 Servizi Telefonici Automatici (24 ore)

SPAZIO RISERVATO AL FASI

N. ACQUISIZIONE	N. POSIZIONE	DECORRENZA ISCRIZIONE

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

ABITANTE IN VIA _____

C.A.P. _____ LOC _____ PROV. _____ TEL _____

COMUNE DI RES. E SIGLA PROV. _____ Cod. Fisc. _____

Preso visione dello Statuto-Regolamento (Repertorio n. 20268 Raccolta n. 6947 del 26-11-1977 e Repertorio n. 27709 Raccolta n. 8300 del 3-2-1982 Dr. Paolo Cappello Notaio in Roma) nonché delle norme del vigente accordo collettivo che stabiliscono l'entità dei contributi dovuti al FASI, Statuto-Regolamento ed accordo che dichiara di accettare espressamente ed incondizionatamente anche in tutte le loro successive variazioni chiede l'iscrizione al Fondo ai sensi del sottoelencato articolo/lettera dello Statuto-Regolamento stesso (barrare la casella che interessa):

A 1) <input type="checkbox"/> Dirigente in servizio (art. 2/lett. A) Data di 1ª nomina _____	4) <input type="checkbox"/> Prosecutore volontario INPDAl (art.2/lett.D) Data di autorizzazione prosecuzione volontaria _____
2) <input type="checkbox"/> Dirigente pensionato o titolare di pensione (art. 2/lett.B) Data di pensionamento _____	5) <input type="checkbox"/> Ex dirigente con indennità sostitutiva di preavviso (art. 2/lett. D) Data di cessazione rapporto di lavoro _____
3) <input type="checkbox"/> Iscritto in via convenzionale (art. 2/lett. C) Data 1ª nomina se dirigente in servizio _____ Data di pensionamento se pensionato o titolare di pensione _____	Data termine periodo coperto da indennità _____
B Numero di posizione INPDAl _____	

C coordinate bancarie sulle quali operare eventuali rimesse	CODICE BANCA (ABI)	CODICE AGENZIA (CAB)	PIAZZA	CAP	CONTO CORRENTE
--	--------------------	----------------------	--------	-----	----------------

D Chiede altresì L'ISCRIZIONE per i seguenti familiari	DATA DI NASCITA	SESSO *	PAR *	Riservato al FASI
_____	_____			_____
_____	_____			_____
_____	_____			_____
_____	_____			_____

* Sesso = Apporre M se maschio, F se femmina; PAR. (grado di parentela) = Apporre C se Coniuge, F se figlio, A se genitore.

Dichiara inoltre di prestare servizio (se dirigente in servizio) o di avere prestato servizio (se dirigente in pensione) presso la seguente impresa (i titolari di pensione di reversibilità o superstiti devono indicare i dati relativi al dirigente defunto):

E RAGIONE SOCIALE _____
INDIRIZZO _____
LOCALITÀ _____ C.A.P. _____ SIG. PROV. _____
CODICE IMPRESA (se conosciuto) _____ Data risoluzione ultimo rapporto di lavoro _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Fondo la eventuale perdita o modifica dei requisiti che hanno determinato la propria iscrizione in base ad una delle situazioni di cui ai punti da 1 a 5. Ferma la comunicazione di cui sopra, resta comunque inteso che in caso di passaggio, senza soluzione di continuità dalla condizione di cui all'art. 2 lett. a) a quella della lett. b) dello Statuto-Regolamento, l'iscrizione viene mantenuta ad ogni effetto.

In ogni altro caso l'iscrizione decade, salvo comunicazione con raccomandata a.r. della propria decisione di mantenere l'iscrizione in via convenzionale di cui all'art. 2 lett. c) o d) del citato Statuto-Regolamento. Il sottoscritto prende inoltre atto che l'iscrizione al Fondo avrà efficacia, semprechè ricorrano i presupposti e le condizioni rispettivamente stabiliti dal citato art. 2 lett. a), b), c) e d).

DATA

FIRMA