

## DOMANDA DI ISCRIZIONE FAMILIARI

### IL SOTTOSCRITTO

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Indirizzo di DOMICILIO: Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Prov.: ( \_\_\_\_ ) CAP: \_\_\_\_\_

Indirizzo di RESIDENZA: (se diverso da quello di DOMICILIO) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Prov.: ( \_\_\_\_ ) CAP: \_\_\_\_\_

Non ancora Iscritto a CASAGIT SALUTE  Iscritto a CASAGIT SALUTE con il codice: \_\_\_\_\_

**a norma dell'Art. 3, comma 4 dello Statuto e degli Artt. 15-18 del Regolamento Applicativo Generale chiede l'iscrizione dei seguenti familiari:**

**COGNOME:** \_\_\_\_\_ **NOME:** \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| | Data di nascita: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| | Sesso: M|\_| F|\_|

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov.: ( \_\_\_\_ ) Stato: \_\_\_\_\_

Indirizzo di RESIDENZA: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Prov.: ( \_\_\_\_ ) CAP: \_\_\_\_\_

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Prov.: ( \_\_\_\_ ) CAP: \_\_\_\_\_

Rapporto di parentela: \_\_\_\_\_

Il familiare è consapevole che per effetto dell'iscrizione qualsiasi informazione, anagrafica e/o sanitaria a lui riferita, sarà gestita nell'ambito del rapporto associativo sottoscritto con il Socio caponucleo che, per effetto dell'iscrizione del familiare, si intende dallo stesso autorizzato alla conoscenza e trattamento dei propri dati personali e sanitari.

**Firma per il consenso al trattamento dei dati personali:** \_\_\_\_\_  
(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

**COGNOME:** \_\_\_\_\_ **NOME:** \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| | Data di nascita: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| | Sesso: M|\_| F|\_|

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov.: ( \_\_\_\_ ) Stato: \_\_\_\_\_

Indirizzo di RESIDENZA: (se diversa da quella del richiedente) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Prov.: ( \_\_\_\_ ) CAP: \_\_\_\_\_

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Prov.: ( \_\_\_\_ ) CAP: \_\_\_\_\_

Rapporto di parentela: \_\_\_\_\_

Il familiare è consapevole che per effetto dell'iscrizione qualsiasi informazione, anagrafica e/o sanitaria a lui riferita, sarà gestita nell'ambito del rapporto associativo sottoscritto con il Socio caponucleo che, per effetto dell'iscrizione del familiare, si intende dallo stesso autorizzato alla conoscenza e trattamento dei propri dati personali e sanitari.

**Firma per il consenso al trattamento dei dati personali:** \_\_\_\_\_  
(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)



Il Sottoscritto si impegna formalmente e sotto la propria responsabilità a comunicare immediatamente a CASAGIT SALUTE l'eventuale **PERDITA SUCCESSIVA DEI REQUISITI** che costituiscono titolo per iscrizione dei suoi familiari. Dichiara inoltre di aver preso atto che l'**iscrizione decorre** dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda e, in caso di prima iscrizione, il diritto all'erogazione delle prestazioni decorre trascorsi **90 giorni** dalla data di iscrizione, se non diversamente indicato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa allegata fornita da CASAGIT SALUTE ETS ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche, **esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali dei familiari per i quali richiede assistenza**, ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Resta fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente in materia.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto si impegna al **versamento del contributo** associativo relativo ai familiari iscritti per almeno un triennio, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione, con osservanza dei tempi e delle modalità previste dal Regolamento Applicativo Generale.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Indicare con una "X" la sola documentazione effettivamente allegata alla domanda.

I documenti contrassegnati da asterisco (\*) sono obbligatori ai fini del perfezionamento dell'iscrizione.

**LA DOMANDA NON CORREDATA DEI DOCUMENTI OBBLIGATORI DECADE DOPO 4 MESI DALLA PRESENTAZIONE DELLA STESSA SE NON OPPORTUNAMENTE INTEGRATA**

### PER IL CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO

- \* Certificato di matrimonio, o certificato di "stato di famiglia anagrafico" (Art. 4DPR 223 del 30/05/1989) di data non anteriore a tre mesi per il convivente more uxorio
- \* Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA del familiare
- Documento ISEE per redditi inferiori al limite stabilito dal Consiglio di amministrazione, reperibile sul sito istituzionale - solo per il piano sanitario CASAGIT

### PER I FIGLI ED EQUIPARATI

- \* Certificato di stato di famiglia e/o Certificazione comprovante il Grado di Parentela
- \* Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA del familiare
- Documento ISEE per i soli figli per redditi inferiori al limite stabilito dal Consiglio di amministrazione, reperibile sul sito istituzionale - solo per il piano sanitario CASAGIT

### PER GENITORI ED EQUIPARATI

(solo per il piano sanitario CASAGIT)

- \* Certificato di stato di famiglia
- \* Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA
- \* Documentazione fiscale (ultima disponibile) del genitore. In assenza certificazione dell'Agenzia delle Entrate. Per i residenti all'estero documento equivalente

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI ASSISTITI

ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (di seguito, per brevità "Regolamento" o "RGPD")

Si può prendere visione dell'informativa della privacy all'indirizzo <https://www.casagitsalute.it/privacy>