CASAGIT SALUTE

DOMANDA DI AMMISSIONE AL REGIME CONTRIBUTIVO SUL TRATTAMENTO DI PENSIONE (Mod. PP)

IL SOTTOSCRITTO

Cognome:_____Nome:_____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__| __|__|__|__|__|__|__| __|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__| __|__|__| Sesso: M|__| F|__|

Nato a:_____Prov.: (____) Nazione: _____

Indirizzo di RESIDENZA: Via/Piazza_____n.:_____

Città:_____Prov.: (___) CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: Via/Piazza_____n.:_____

Città:_____Prov.: ( ) CAP: _____

Email:_____

Recapito telefonico:_____Cellulare: _____

avendo maturato i requisiti previsti dall'articolo 9 del Regolamento applicativo piano sanitario di adesione CASAGIT, chiede l'ammissione al regime contributivo in percentuale sul trattamento lordo di pensione.

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- ❑ se tenuti alla presentazione della dichiarazione dei redditi:
  Unico o 730 e Certificazione Unica Pensionistica (C.U.) rilasciata dall'Ente o dagli Enti erogatori del trattamento pensionistico

- ❑ se non tenuti alla presentazione della dichiarazione dei redditi:
  Certificazione Unica Pensionistica (C.U.) rilasciata dall'Ente o dagli Enti erogatori del trattamento pensionistico accompagnata dalla certificazione reddituale dell'Agenzia delle Entrate

- ❑ Copia fronte retro del DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Data_____ Firma _____

Il sottoscritto acconsente che la corrispondenza con valore legale, venga recapitata tramite il servizio di Raccomandata Elettronica tNotice, all' indirizzo e-mail indicato nel presente modulo, che certifico come mio domicilio speciale. Mi impegno altresì a comunicarvi ufficialmente eventuale variazione del mio indirizzo di posta elettronica.

Data_____ Firma _____