DOMANDA PER AGEVOLAZIONE "ZERO"

IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____

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

consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 T.U. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizioni di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità, secondo quanto stabilito dall'Art. 4 comma 4-5 dello Statuto

CHIEDE DI MANTENERE L'ISCRIZIONE AL PIANO SANITARIO CASAGIT IN FORMA INDIVIDUALE.

- **di fruire dal _____ del trattamento agevolato** previsto per i Soci in malattia non retribuita, oltre il periodo indennizzato dal datore di lavoro.
- **SI IMPEGNA** a fornire tempestivamente notizie di qualsiasi evento che modifichi tale stato.
- **E' CONSAPEVOLE** che al termine del periodo di trattamento agevolato con "contributo zero" (massimo 24 mesi) verserà il contributo previsto per le adesioni individuali, accedendo all'insieme di diritti ed obblighi meglio specificati nel regolamento applicativo generale e nel regolamento del piano sanitario Casagit.

  Resta inteso che, se il socio era iscritto a un diverso piano sanitario, al termine del trattamento agevolato tornerà in copertura nel Piano di origine, in assenza di diversa comunicazione scritta da parte del socio.
- **DICHIARA DI:**

  ☐ voler mantenere la copertura dei familiari

  ☐ NON voler mantenere la copertura dei familiari, consapevole che tale dichiarazione equivale ad esplicita richiesta di recesso degli stessi, che in futuro non potranno più essere assistiti come familiari.

Data _____ Firma _____

Il Sottoscritto, DICHIARA di aver preso visione e di conformarsi alle norme dello STATUTO, del REGOLAMENTO APPLICATIVO GENERALE e del REGOLAMENTO DEL PIANO SANITARIO, disponibili sul sito istituzionale.

Data _____ Firma _____