CASAGIT SALUTE

# DOMANDA DI ISCRIZIONE SOCI

**IL SOTTOSCRITTO**

Cognome: _____ Nome: _____

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

Nato a: _____ Prov.: ( ___ ) Stato: _____

Indirizzo di RESIDENZA: Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: ( ___ ) CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: ( ___ ) CAP: _____

Email: _____ Pec: _____

Recapito telefonico: _____ Cellulare: _____

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 ADERIRE A CASAGIT SALUTE.**

**DICHIARA DI:**

☐ non essere mai stato iscritto in precedenza a CASAGIT

☐ di essere stato iscritto a CASAGIT in qualità di:

☐ SOCIO ☐ FAMILIARE se in qualità di FAMILIARE specificare:

COGNOME E NOME del Socio Caponucleo: _____

CODICE FISCALE del Socio Caponucleo: _____

☐ essere in possesso della qualifica professionale

☐ GIORNALISTA

☐ Professionista ☐ Pubblicista ☐ Iscritto all'Elenco Stranieri ☐ Praticante

Iscrizione all'Ordine dei Giornalisti (regione): _____

☐ ALTRI ORDINI PROFESSIONALI

Ordine di appartenenza _____

Provincia o regione: _____

☐ LIBERO PROFESSIONISTA

☐ ALTRO

☐ DIPENDENTE

☐ Dirigente ☐ Quadro ☐ Impiegato

**CHIEDE DI ADERIRE AL PIANO SANITARIO**

☐ CASAGIT

☐ SALUTE SICURA

☐ SALUTE PROTETTA

☐ SALUTE SERENA

☐ SALUTE ATTIVA

☐ SALUTE FUTURA

☐ SALUTE ARGENTO

E di provvedere al pagamento dei contributi con periodicità

☐ ANNUALE anticipata

☐ TRIMESTRALE anticipata

## COORDINATE BANCARIE

Preso atto che la Mutua provvede agli accrediti esclusivamente mediante bonifico bancario, **autorizza l'accredito dei rimborsi** spettanti sulle coordinate IBAN di seguito indicate:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Intestatario del conto _____

Presso la Banca _____ Città/Filiale _____

Per i bonifici internazionali è necessario indicare anche il codice SWIFT/BIC (8 o 11 caratteri alfanumerici)

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CASAGIT SALUTE ETS NON SARÀ RESPONSABILE PER I MANCATI PAGAMENTI O PAGAMENTI NON ANDATI A BUON FINE, OVE I DATI BANCARI FORNITI RISULTASSERO ERRATI O NON PIÙ VALIDI.**

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 DI ADESIONE, disponibili sul sito istituzionale.**

DICHIARA 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 _____

DICHIARA inoltre di aver preso atto che il Socio che eserciti il **diritto di recesso** non potrà, a norma dell'Art. 9 comma 2 dello Statuto, presentare in futuro domanda di adesione individuale o collettiva volontaria alla Mutua. In ogni caso, l'eventuale recesso decorrerà dal primo giorno del trimestre solare successivo a quello di presentazione della domanda.

Data _____ Firma _____

Il Sottoscritto si impegna **a versare per almeno TRE ANNI** il contributo associativo, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione.

Data _____ Firma _____

Il Sottoscritto si impegna formalmente e sotto la propria responsabilità a comunicare immediatamente alla Mutua **l'eventuale PERDITA DEI REQUISITI** che costituiscono titolo per l'adesione come Socio Ordinario. CASAGIT SALUTE ETS provvede inoltre d'ufficio alla modifica dell'iscrizione da Socio Ordinario a quella di Socio Ordinario Convenzionato, secondo quanto stabilito dall'Art. 19, comma 2 del Regolamento Applicativo Generale.

Data _____ Firma _____

Il Sottoscritto, avendo preso visione dell'informativa fornita da CASAGIT SALUTE ETS ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche, pubblicata sul sito istituzionale della Mutua, esprime il libero, specifico ed esplicito **consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali** ivi inclusi anche i dati sensibili, per le finalità di cui al punto 1 a) e b) dell'informativa e nei limiti della stessa.

X ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

Esprime il libero, specifico ed esplicito consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per ricevere da CASAGIT SALUTE ETS le comunicazioni per le finalità di cui al punto 1 c) dell'informativa e nei limiti della stessa.

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

Esprime il libero, specifico ed esplicito consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali per eleggere a **domicilio speciale l'e-mail** comunicata per le finalità di cui al punto 1 d) dell'informativa e nei limiti della stessa. Tale consenso può essere revocato in ogni momento.

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

Data _____ Firma _____

## DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

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

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

### PER IL GIORNALISTA

☐ Copia fronte retro del DOCUMENTO DI IDENTITÀ

☐ Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA

☐ CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI GIORNALISTI di data non anteriore ai 3 mesi

☐ Solo per il Piano sanitario CASAGIT: Documentazione fiscale (ultima disponibile) comprovante il reddito denunciato fiscalmente in Italia o negli stati esteri in cui l'interessato ha la residenza o la cittadinanza; in assenza certificazione dell'Agenzia delle Entrate. Per i residenti all'estero documento equivalente. Il mancato invio della documentazione fiscale comporta l'inquadramento nella categoria contributiva più alta tra quelle definite di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (vedi tabelle contributive sul sito istituzionale della Mutua).

### PER LE ALTRE CATEGORIE PROFESSIONALI

☐ Copia fronte retro del DOCUMENTO DI IDENTITÀ

☐ Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA

**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-policy