

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, la quale determinerà la cancellazione del familiare, salvo il rispetto del periodo minimo di permanenza. 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 de 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>