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 A CASAGIT SALUTE PIANO SANITARIO CASAGIT IN FORMA INDIVIDUALE**

- **Per 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 in quota fissa per fasce di reddito*", accedendo all'insieme di diritti ed obblighi previsti per le adesioni individuali, meglio specificati nel regolamento applicativo generale e nel regolamento del piano sanitario Casagit.
- **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 _____