

(Modulo che il Richiedente l'iscrizione deve consegnare, debitamente compilato e sottoscritto, alla propria Azienda - che lo trattiene)

Spett.le AZIENDA _____

IL / LA SOTTOSCRITTO / A		
(COGNOME E NOME)		
Personale di codesta Azienda		IN SERVIZIO
N.Matricola	Nato/a a	il
residente in :		
via		
città		
provincia		
C.A.P.		
CODICE FISCALE		
CHIEDE		
<i>di essere iscritto alla CASDIC, e contestualmente dichiarando di conoscere ed accettare lo Statuto ed il Regolamento della Cassa già fornitogli dall'Azienda d'appartenenza, di essere consapevole e di accettare che le future eventuali modifiche e/o integrazioni a detto Statuto e Regolamento gli saranno comunicate in via esclusiva dalla setssa Azeinda di appartenenza. Conseguentemente</i>		
DICHIARA		
<i>sotto la propria responsabilità che il nucleo familiare (coniuge e figli) indicato di seguito è fiscalmente a carico convivente e non alla data della presente ai sensi dell' ART. 12 - DPR. 917/86 (TUIR) (* * *)</i>		
RAPPORTO DI PARENTELA	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA
<i>Il/la sottoscritto/a chiede l'estensione della copertura assicurativa anche: a) al coniuge fiscalmente non a carico anche non convivente purchè non separato legalmente; b) agli altri familiari conviventi a carico e non; c) alla persona convivente more uxorio di seguito indicata (* * *)</i>		
RAPPORTO DI PARENTELA	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA
<i>Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a rendere nota tempestivamente a codesta Spett.le Azienda - affinché la segnali alla C.A.S.DI.C. - ogni variazione alla presente comunicazione; autorizza, inoltre, codesta Azienda a trattenere sulle retribuzioni l'importo a proprio carico (se previsto) nonchè ad addebitare sul proprio c/corrente l'importo relativo al contributo per ogni altro familiare convivente a carico e non, da versare alla Casdic secondo le modalità dalla stessa indicate.</i>		
<u>COORDINATE BANCARIE PER L'ACCREDITO DEI RIMBORSI</u>		
Codice Azienda (ABI)	CAB	C/C
Intestatario		
DATA	FIRMA (* *)	
<i>Ricevuta l'informativa ai sensi del d.lgs. 30.06.2003, n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), "ACCONSENTO" al trattamento dei dati personali, anche sensibili, miei e dei miei familiari (sopra indicati) di cui ho la rappresentanza legale. Acconsento, altresì, alla comunicazione dei suddetti dati ai soggetti (anche verso tutti i paesi esteri) coinvolti nel flusso operativo e precisamente Casdic, Società di Gestione, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, come specificato in apposito elenco, che potranno trattarli per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco o di cui beneficio , nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.</i>		
DATA	FIRMA (*)	

(* * *) **N.B. per l'Azienda: Quanto sopra è solo indicativo; va sostituito con quanto previsto sull'argomento nella polizza sanitaria.**

(* *) **firma del richiedente l'iscrizione**

(*) **firma di tutti gli assistiti maggiorenni**