

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

**Spett.le AZIENDA** \_\_\_\_\_

<b>IL / LA SOTTOSCRITTO / A</b>		
<b>(COGNOME E NOME)</b>		
<b>Personale di codesta Azienda</b>		<b>IN SERVIZIO</b>
<b>N.Matricola</b>	<b>Nato/a a</b>	<b>il</b>
<b>residente in :</b>		
<b>via</b>		
<b>città</b>		
<b>provincia</b>		
<b>C.A.P.</b>		
<b>CODICE FISCALE</b>		
<b>CHIEDE</b>		
<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>		
<b>DICHIARA</b>		
<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>		
<b><u>COORDINATE BANCARIE PER L'ACCREDITO DEI RIMBORSI</u></b>		
Codice Azienda (ABI)	CAB	C/C
<b>Intestatario</b>		
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**