

Al Consiglio di Amministrazione della
RECIPROCA SMS - ETS

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ Prov. _____ in data _____

Residente a _____ in _____ CAP _____

C.F. _____ Tel. _____

E-Mail _____

(“Associato Principale”).

DOMANDA

di essere iscritto a **RECIPROCA SMS - ETS** in qualità di titolare del rapporto di associazione, con l'assunzione di quanto previsto e prescritto dallo Statuto e dal Regolamento.

Dichiara di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento¹, impegnandosi ad osservarli integralmente e di accettare sin d'ora ogni variazione dei predetti, che fosse approvata dalla competente Assemblea, in particolare le deliberazioni concernenti la determinazione delle prestazioni del Piano Assistenziale e dei contributi associativi.

Qualora previsto dal Piano e intenda procedere con l'iscrizione del nucleo dei relativi figli fiscalmente a carico che non abbiano compiuto 21 anni di età, allega lo stato di famiglia o dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000.

Gli importi relativi alla quota di iscrizione e il contributo associativo annuale per i figli fiscalmente a carico che non abbiano compiuto 21 anni di età sono indicati nel Piano Sanitario al quale si è aderito ovvero al quale hanno aderito i familiari.

La quota di iscrizione una tantum è inclusa nell'importo corrisposto per il primo anno di adesione al Piano.

Si ricorda che l'effettiva iscrizione e mantenimento della copertura prevista dal Piano Assistenziale è soggetta all'effettivo pagamento degli importi previsti da parte del datore di lavoro.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e compreso l'informativa al trattamento dei dati personali.

Luogo e Data

Firma

¹ Disponibili sul sito www.reciprocasmis.it.

Il/I sottoscritto/i, in qualità di familiare/i del/la sig./ra _____, C.F. _____, (di seguito definito “Associato Principale”), come risultante/i dallo stato di famiglia del medesimo, richiede/ono di essere iscritto/i a **RECIPROCA SMS - ETS** ai medesimi effetti dell’Associato Principale, con l’assunzione di quanto previsto e prescritto dallo Statuto e dal Regolamento.

Dichiara/no di aver preso visione dello Statuto, del Regolamento e dell’informativa al trattamento dati personali, impegnandosi ad osservarli integralmente e di accettare sin d’ora ogni variazione dei predetti, che fosse approvata dalla competente Assemblea, in particolare le deliberazioni concernenti la determinazione delle prestazioni del Piano Assistenziale e dei contributi associativi.

Con la firma¹ apposta al presente documento delega/no l’Associato Principale ad esercitare i diritti e gli obblighi derivanti dal rapporto associativo con **RECIPROCA SMS - ETS**, anche con riguardo alla riscossione di eventuali rimborsi o la ricezione di prestazioni di natura economica (nei casi in cui sia RECIPROCA SMS – ETS a corrispondere tali prestazioni).

Il/I sottoscritto/i, informato/i delle operazioni di trattamento dei dati personali e prestando l’eventuale consenso, delega/no l’Associato Principale affinché trasmetta la documentazione richiesta dal piano sanitario sottoscritto, fornendo allo stesso ogni più ampia facoltà, compresa, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la possibilità di: richiedere rimborsi; modificare e aggiornare i dati forniti; inserire, aggiungere, integrare, cancellare la documentazione a supporto delle richieste, anche mediante l’utilizzo di strumenti di comunicazione elettronica.

Il/I sottoscritto/i dichiara/no di aver ricevuto e compreso l’informativa al trattamento dei dati personali.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RELAZIONE PARENTALE	FIRMA

¹ Per i familiari minori di anni 18, è necessaria l’apposizione della firma da parte dell’esercente la responsabilità genitoriale ovvero del rappresentante legale.