

# FONDO ILVA ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DIRIGENTI - **F.I.A.S.I.D.**

Via Casaregis, 9/14 – 16129 Genova; tel. 010.0985470/1/2, fax. 010.0985473  
E-mail: [info@fiasid.it](mailto:info@fiasid.it)

Spett.le  
**F.I.A.S.I.D.**  
Via Casaregis, 9/14  
16129 Genova

Il sottoscritto ..... titolo .....  
nato a ..... il .....  
Residente a ..... provincia ..... CAP .....  
Codice Fiscale .....  
In via ..... telefono ...../  
Soc. di appartenenza ..... matricola .....  
chiede di aderire al Fondo stesso.

Informa, con l'occasione, che il coniuge ed i familiari a suo carico, per i quali chiederà gli interventi del Fondo, sono:

Generalità	Grado parentela	Data di nascita
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Autorizza, sin d'ora, con la presente la Società di appartenenza nella quale è dirigente, a trattenere dalle sue competenze il contributo di cui all'art. 6 dello Statuto e versarlo al FIASID, fermo restando che tale contributo non concorrerà alla formazione del reddito imponibile in conformità dell'art. 48 del T.U. 22.12.1986 n. 917.  
Chiede che dalla presente iscrizione ne sia data notizia al fondo cui era precedentemente iscritto, intendendo il sottoscritto esercitare, ove necessario, il diritto di recesso dal fondo preesistente.

N.B.: Precisare Banca e numero di c/c sul quale si desidera vengano accreditati i rimborsi.

BANCA											ABI					
AGENZIA											CAB					
C/C																
CIN		IBAN														

Data ..... Firma .....

**SI PREGA DI COMPILARE IL MODULO, IN TUTTE LE SUE PARTI, IN STAMPATELLO ed IN MODO LEGGIBILE**