

# 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

In pensione dal .....

Il sottoscritto .....  
nato a ..... il .....  
Residente a ..... provincia ..... CAP .....  
Codice Fiscale .....  
In via ..... telefono ...../  
Soc. di appartenenza ..... matricola .....  
già iscritto al FASI, dichiara di approvare lo Statuto del FIASID ed ai sensi dell'art. 3 del  
medesimo, 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
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Si impegna a pagare il contributo dovuto a codesto Fondo.

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 STAMPATELLO ed IN MODO LEGGIBILE**