

MODELLO PER L'ISCRIZIONE AL FAS DI UN FIGLIO MINORE O INABILE

figlio fino a 18 anni

figlio inabile (senza limiti di età)

A norma dell'art. 3 del Regolamento del Fondo Assistenza Sanitaria si chiede l'iscrizione al FAS di

cognome nome

nato/a _____ il ____/____/____

luogo di nascita nazionalità data di nascita

codice CED ID tessera

figlio/a di

cognome nome

nato/a _____ il ____/____/____

luogo di nascita nazionalità data di nascita

via _____ n. _____

residenza città prov.

cap. telefono / cellulare codice CED ID tessera

_____ dipendente da _____

email organismo od ente di appartenenza

in ruolo dal _____ a contratto dal _____ al _____

Il dipendente presenta in data _____ la domanda di iscrizione all'assistenza sanitaria del familiare.

Si allegano:

- certificato di nascita (sufficiente per l'iscrizione di un neonato) e/o stato di famiglia in corso di validità (6 mesi dalla data del rilascio);
- copia di documento di riconoscimento;
- 2 foto tessera (qualora l'iscrivente inabile abbia più di 18 anni);
- in caso di inabilità, documentazione rilasciata dalla Direzione di Sanità e Igiene dello Stato della Città del Vaticano.

Il dipendente dichiara, inoltre, di essere consapevole che, nel caso di false dichiarazioni, debitamente accertate, dovrà restituire le quote di contribuzione mensile pro-capite versate al FAS dall'Ente/Organismo di appartenenza e i costi effettivi sostenuti dal FAS per tutte le prestazioni erogate al familiare nel periodo di indebita iscrizione. Il dipendente è, altresì, consapevole di essere passibile di sanzioni disciplinari senza preclusione delle eventuali azioni penali.

Data _____

Firma del dipendente titolare dell'assistenza _____