

**MODELLO PER L'ISCRIZIONE AL FAS DI UN FIGLIO STUDENTE**

fino a 20 anni

fino a 26 anni

A norma dell'art. 3 punto b) del Regolamento del Fondo Assistenza Sanitaria si chiede l'iscrizione/prosecuzione al FAS di

\_\_\_\_\_  
cognome nome

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
luogo di nascita nazionalità data di nascita

\_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ID tessera codice CED iscritto all'anno scolastico/accademico

**figlio/a di**

\_\_\_\_\_  
cognome nome

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
luogo di nascita nazionalità data di nascita

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
residenza città prov.

\_\_\_\_\_ ID tessera \_\_\_\_\_  
cap. telefono / cellulare codice CED

\_\_\_\_\_ dipendente da \_\_\_\_\_  
email organismo od ente di appartenenza

in ruolo dal \_\_\_\_\_ a contratto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il dipendente presenta in data \_\_\_\_\_ la domanda di estensione dell'assistenza sanitaria del familiare. Si allegano:

- stato di famiglia in corso di validità (6 mesi dalla data del rilascio);
- copia di un documento di identità e n. 2 fototessere (in caso di prima iscrizione dopo 18 anni e previa riconsegna del tesserino precedente);
- certificato di iscrizione alla scuola secondaria superiore o all'università; in caso di iscrizione all'università si può produrre temporaneamente quietanza di iscrizione.

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 \_\_\_\_\_