



## FONDO SOSTEGNO MATERNITA'/PATERNITA'

### MODULO PER L'ISCRIZIONE / PROSECUZIONE ISCRIZIONE AL FONDO PER I LAVORATORI IN REGIME DI ASPETTATIVA NON RETRIBUITA

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita.....Luogo di nascita .....

C.F.: ..... Sesso F  M

Indirizzo .....Comune .....Prov (...)

Tel. .... cell. .... E-Mail.....

Azienda/Ente di appartenenza (nome e sede stabilimento):

.....

CCNL applicato:.....

Tipologia di rapporto di lavoro :.....

Durata aspettativa non retribuita: dal..... al .....

\* \* \*

Il/la sottoscritto/a, dipendente in aspettativa non retribuita con diritto alla conservazione del posto, dichiara, ai sensi del Regolamento del Fondo ( barrare con X):

- di volersi iscrivere al Fondo Fasa, direttamente e su base volontaria;
- di proseguire l'iscrizione, in quanto già iscritto/a;
- di non godere di altre forme di assistenza sanitaria integrativa da parte aziendale.

Il/la sottoscritto/a, consapevole che la contribuzione al Fondo è a suo totale carico (senza oneri per l'azienda), dichiara di ( barrare con X):

- di versare mensilmente le quote;
- di versare in un'unica rata anticipata l'intero importo annuo.

Dati per effettuare il bonifico bancario a favore del FASA: IT 42 R 08327 03211 000000006397

Data compilazione .....

Firma del lavoratore.....

*Fondo Assistenza Sanitaria Alimentaristi (FASA)*

*C.F. 97653450581*

*Sede legale in Viale Pasteur, n. 10, 00144 — Roma*

*Sede operativa in Via Flavia, n.3, 00187 — Roma*

*Tel.: 06 47 88 53 79 Fax. : 06 47 88 05 67 Email:maternita@fondofasa.it; [info@fondofasa.it](mailto:info@fondofasa.it)*