

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICATO DI STATO DI FAMIGLIA

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o
nata/o a Provincia: il
residente a in Via nr / Int.
Consapevole delle sanzioni penali e leggi speciali in materia previste nel caso di dichiarazione mendace ovvero non veritiera, di formazione o uso di atti falsi (secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000) nonché della, decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

che la propria famiglia è composta come risulta dal seguente prospetto;

	Cognome e Nome	Luogo di Nascita	Data di nascita	Codice Fiscale	Sesso
1)	Dichiarante: *Firma:				<u>IM / FI</u>
2)	Coniuge/Convivente more uxorio: *Firma:				<u>IM / FI</u>
3)	Figlio/a: *Firma:				<u>IM / FI</u>
4)	Figlio/a: *Firma:				<u>IM / FI</u>
5)	Figlio/a: *Firma:				<u>IM / FI</u>
6)	Figlio/a: *Firma:				<u>IM / FI</u>

*Si pregano i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti.

Le ricordiamo che in mancanza di tale consenso il Fondo Fasa, Unisalute, e UnipolSai non potranno dare esecuzione del contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi) secondo gli artt.23 e 26 D.Lgs196/03 – codice in materia di protezione dei dati personali. Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: i dati sono prescritti come necessari ed indispensabili come disposizioni vigenti ai fini dell'istruttoria del procedimento qui avviato, e a questo unico scopo saranno utilizzati; la loro mancanza non consentirà il prosieguo dell'istruttoria che dovrà quindi essere conclusa senza provvedimento. Presso il responsabile del procedimento sarà possibile chiedere notizia e ottenere copia della documentazione relativa all'acquisizione dei dati.

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Preso atto di quanto indicato nell'informativa, espresso il consenso, valevole per il trattamento dei miei dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei miei familiari assicurati nei spazi soprastanti

Dichiaro, inoltre, che ogni membro del nucleo familiare sopra iscritto risulta fiscalmente a carico dello scrivente (come da regolamento del Fondo FASA, esclusivamente il coniuge o il convivente more uxorio può anche non risultare fiscalmente a carico del lavoratore iscritto)

Mi impegno a stampare la presente autocertificazione e, sottoscritta in ogni sua parte, ad inviarla alla sede del Fondo FASA Via Flavia, 3 00187 -Roma, allegando copia di un documento valido, tramite posta ordinaria, e-mail o fax.

Dichiaro di essere consapevole che una volta inviato il presente modulo, questo non potrà essere modificato. Sarà mia cura comunicare tempestivamente ogni necessaria modifica al Fondo FASA attraverso l'invio in copia cartacea datata e sottoscritta, della nuova composizione del nucleo familiare

La/Il dichiarante

Luogo li,