fisde
Fondo integrativo sanitario per i dipendenti del Gruppo Enel

modulo 16-2024

Variazione carico familiare anno 20 _____ (indicare l'anno di riferimento)

per familiare già presente in anagrafica

Inviare attraverso Spazio Posta su Fisdeweb (da www.fisde.it)

I miei dati

nome _____ **cognome** _____

CF | | | | | | | | | | | | | | | |

Ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni non veritiere

dichiaro che il familiare:

nome _____ **cognome** _____

CF | | | | | | | | | | | | | | | |

per l'anno 20____ ❑ **non è più fiscalmente a carico** ❑ **è fiscalmente a carico**

(indicare l'anno di riferimento e barrare la casella corrispondente per completare la dichiarazione)

Dichiaro che:

- le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false

inoltre, sono consapevole che:

- Fisde può controllare la veridicità di quanto dichiarato
- in caso di dichiarazioni false, oltre le sanzioni sopra richiamate e la restituzione dei rimborsi non dovuti per quanto indebitamente percepito, verrà anche applicato quanto previsto dall'art. 8 dello Statuto (Perdita della qualifica di Socio).

_____ luogo e data

_____ **il Socio** (firma leggibile)

Consenso al trattamento dei dati personali - artt. 6, 7, 8 e 9 del Regolamento UE 2016/679

Dichiaro di avere preso visione e di avere compreso l'Informativa Privacy (pubblicata nell'area riservata Fisdeweb) ed esprimo il mio consenso consapevole al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e del familiare sopraindicato secondo le modalità, finalità e limiti di cui alla sopra richiamata informativa.

_____ luogo e data

_____ **il Socio** (firma leggibile)