





**Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati anagrafici miei e del mio nucleo familiare/dei miei familiari/familiari conviventi. Il Fondo si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'assistito idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese. Mi impegno ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne del Fondo FASIE ed a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione. Dichiaro inoltre di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti.**

***Da compilarsi a cura dell'Azienda di appartenenza***

**Dati dell'azienda (riportare i dati relativi allo stabilimento presso il quale l'iscritto presta la propria attività)**

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

Data di ricevimento della domanda: \_\_\_\_\_

Timbro e firma del datore di lavoro: \_\_\_\_\_

**NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancanza delle firme previste comporta il rigetto della domanda presentata.**

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Firma del dipendente: \_\_\_\_\_

*Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003*

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del D. Lgs 196/03, do il mio consenso al trattamento dei dati personali. Il consenso è pure esteso nei confronti del service amministrativo, delle banche e delle società che gestiscono servizi postali.

**Data compilazione:** \_\_\_\_\_

**Firma del dipendente:** \_\_\_\_\_

**Firma dei componenti del nucleo familiare/familiari/conviventi (se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela):**

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_\_