Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Energia
Via del Giorgione, 63
00147 ROMA

SETTORE GAS-ACQUA

RICHIESTA VARIAZIONE DATI ANAGRAFICI PER DIPENDENTI/PENSIONATI DI AZIENDE EX FIS - Mod. V01/08

(da completare in stampatello e consegnare all'amministrazione del personale della propria azienda; nel caso di personale in quiescenza il modulo va inviato a **FASIE, CASELLA POSTALE 140, 31021 Mogliano Veneto (TV)** *)*

Dati iscritto:

Numero Iscrizione Fasie : |_|_|_|_|_|_|_| Matricola aziendale : |_|_|_|_|_|_|_|

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: □ M □ F

Data di nascita: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Comunicazione di variazione dell'anagrafica (*compilare solo i campi che hanno subito una variazione*)

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: □ M □ F Data di nascita: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Comune (st. estero) di nascita _____ Prov.(_____) tel. _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____

Comune di residenza: _____ PROV: (_____)

Indirizzo e_mail: _____ Cell. _____

Recapito per invio corrispondenza (da indicare solo se diverso dalla residenza):

Indirizzo : _____ CAP: _____

Comune: _____ PROV: (_____)

Coordinate Bancarie: codice IBAN (27 caratteri - rilevabili dall'estratto di conto corrente)

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□

Nucleo familiare (*Da compilare **solo** per variazioni di familiari già iscritti e non per iscrivere/cessare familiari)*

Coniuge/Convivente

Cognome: _____ Nome _____ Fiscalmente a carico □Sì □No

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: □ M □ F Data di nascita: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Figlio

Cognome: _____ Nome _____ Fiscalmente a carico □Sì □No

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: □ M □ F Data di nascita: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Figlio

Cognome: _____ Nome _____ Fiscalmente a carico □Sì □No

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: □ M □ F Data di nascita: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Figlio

Cognome: _____ Nome _____ Fiscalmente a carico □Sì □No

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: □ M □ F Data di nascita: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Altro (es. genitore, fratello, sorella, etc.) Specificare _____

Cognome: _____ Nome _____ Fiscalmente a carico □Sì □No

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: □ M □ F Data di nascita: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Data: _____ **Firma:** _____