

**ASSOCIAZIONE PER L'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA AI  
LAVORATORI DELLA TPER E DELLA MOBILITA'**

**DOMANDA DI ADESIONE AL NUOVO PROFILO DI SOCIO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ assunto/a il \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

**GIA' SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE**

**DICHIARA**

Di voler aderire al profilo  0 "PLUS" a decorrere dal mese di -----

4 "STANDARD" a decorrere dal mese di GENNAIO -----

- Che presa visione dello Statuto e del Regolamento, autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili che lo/a riguardano, funzionali all'esercizio dell'Associazione, in base alla Legge 675/96
- In base all'art. 5 del regolamento, che i familiari a suo carico, come da detrazioni richieste ad TPER, sono i seguenti:

CONIUGE

SI

NO

Figli

0

1

2

3

4

- Che intende versare il contributo associativo annuo, pari al valore di 15ore (standard) 20 ore (plus) per se, più 1,92 ore di ferie per ogni familiare risultante a carico, diviso in 12 mensilità in :  
ORE DI FERIE  DENARO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nel caso che si siano barrate caselle di familiari a carico (coniuge e/o figli) si prega di indicare per ciascuno cognome , nome e data di nascita.

CONIUGE \_\_\_\_\_

FIGLIO 1 \_\_\_\_\_

FIGLIO 2 \_\_\_\_\_

FIGLIO 3 \_\_\_\_\_