

## Modulo di adesione individuale Platinum

Io sottoscritto/a (cognome)		(nome)		sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
nato a		Provincia		il	
Residente a		C.A.P.		Provincia	
Via		Numero telefono		E-mail	
Codice fiscale		N.B.: la compilazione del presente riquadro è facoltativa			
		Data conseguimento qualifica _____			

**DICHIARO** di aderire ad HYGEIA Mutua Sanitaria Società di mutuo soccorso e, pertanto, **AUTORIZZO** il mio datore di lavoro ad operare trattenute sulla busta paga corrispondenti a:

- quota associativa “una tantum”, nella misura di € 10.33;
- contributi sociali annuali, nella misura di € 10.33 (per i quadri nella misura di € 18,33), versando tali somme ad HYGEIA Mutua Sanitaria Società di mutuo soccorso, secondo le modalità indicate dal Consiglio di Amministrazione.

**DICHIARO** di aver ricevuto Statuto e Regolamento di HYGEIA Mutua Sanitaria Società di mutuo soccorso.

**MI IMPEGNO**, inoltre, ad osservare tutte le disposizioni contenute nello Statuto e nel Regolamento di HYGEIA Mutua Sanitaria Società di mutuo soccorso.

**DICHIARO**, sotto la mia responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### DATI RELATIVI AL DATORE DI LAVORO

Denominazione impresa		N° Partita IVA o Codice Fiscale					
Unità produttiva		Località		Provincia		C.A.P.	
Via	N°	Telefono			Fax		
Sede Legale (se diversa)		Indirizzo		Telefono		E-mail	
Settore di attività				CCNL applicato			
Data				Timbro e firma			

### Scheda per l'estensione al nucleo familiare

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, previo pagamento dei contributi associativi relativi,

**CHIEDE**

l'estensione ai propri familiari, in qualità di aventi diritto, delle garanzie di assistenza sanitaria integrativa contenute nel piano sanitario PLATINUM

A tal fine, sotto la propria responsabilità civile e penale, dichiara le generalità dei propri familiari:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale

Il Socio

\_\_\_\_\_