

## CASSA INTERAZIENDALE ASSICASSA

Rilevazione dati nucleo familiare per l'estensione delle prestazioni base

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Composizione del **nucleo familiare del socio ordinario**: coniuge/convivente « more uxorio », figli fiscalmente a carico:

Cognome/Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale
1)		Coniuge/Convivente	
2)		Figlio/a	
3)		Figlio/a	
4)		Figlio/a	
5)		Figlio/a	
6)		Figlio/a	

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(socio ordinario)

**Da inviare urgentemente via fax all'atto dell'iscrizione o di eventuale variazione nella  
Composizione del nucleo a : Unisalute S.p.A. Via A. da Formigine 1 – 40128 Bologna  
Tel. 051/6386111 – Fax 051/320960**

**COMPILARE E SOTTOSCRIVERE LA DICHIARAZIONE RETROSTANTE ACURA DI OGNI COMPONENTE MAGGIORENNE DEL  
NUCLEO FAMILIARE INSERITO NELLA PRESTAZIONE.**