

Scelta operativa a partire dall'anno →

Anno
Al Fo.C.A.S.
Soc. Mutuo Soccorso Uff. Ammin.: 36100 VICENZA - Via Quintino Sella, 85 Fax 0444-238435

Azienda:	
Matricola:	Ufficio:

Fas_variaz.Composiz.Fam-14.07.doc

COMUNICAZIONE

di variazione nella composizione del gruppo familiare-base*

Il sottoscritto aderente al Fo.C.A.S. nell'ambito dell'Opzione:

<i>Codice dell'Opzione di appartenenza</i>

Categoria (Dirig/Quadro/Impieg./....)	Livello (Grado)	← Dati relativi all'ultimo inquadramento. [Per i Pensionati ultima situaz. ante pensionamento] →	Data assunzione (solo neo-assunti) ... / ... /			
Paese	CIN-Euro	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente	Indirizzo di posta elettronica E_mail
Telefono (Ufficio)		Telefono (Casa)		Cellulare		

- in conformità agli Artt.9 e 11 Regolamento, comunica le seguenti variazioni intervenute nella composizione del gruppo familiare:

SI/NO <-a carico [IRPEF]

Assistiti	Cognome e Nome	Cod. Fiscale	S/N	Luogo e Data nascita
SOCIO				
	Data variazione:	<input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Termine		Note
Coniuge				
	Data variazione:	<input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Termine		Note
1 figlio				
	Data variazione:	<input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Termine		Note
2 figlio				
	Data variazione:	<input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Termine		Note
3 figlio				
	Data variazione:	<input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Termine		Note
4 figlio				
	Data variazione:	<input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Termine		Note
5 figlio				

[*] Per "Famiglia-base" si intende il Socio + Coniuge + Figli fino al 26° anno d'età. Prendo atto che ai sensi del Regolamento le quote fisse e le quote integrative relative al gruppo familiare sono variabili ed annualmente determinate dal Cons. d' Ammin. del Fo.C.A.S. in conformità all'andamento del rischio e, pertanto, rilascio autorizzazione per l'addebito diretto sul cedolino stipendio o qualora non fosse possibile autorizzo fin d'ora l'addebito diretto di quanto complessivamente dovuto al Focas nel conto corrente individuato dall'IBAN da me sopra indicato per mezzo di SEPA Direct Debit (Core), impegnandomi a comunicare per tempo ogni variazione rispetto alle coordinate IBAN sopra riportate.

Prendo atto che il Socio risulta obbligato al pagamento dei contributi, secondo il livello ultimo goduto, per i 12 mesi successivi all'ultima erogazione usufruita, come previsto dal Regolamento. Ogni variazione avrà effetto a far tempo dall'avvenuta registrazione nella Lista degli assistiti e diventerà operativa dopo maturazione degli eventuali periodi di latenza previsti nel Regolamento.

Data

Firma

[Per i familiari nuovi aggiunti, l'Opzione va completata con la loro sottoscrizione del Consenso al trattamento dati personali]