

**MODULO DI ADESIONE ALL'ASSISTENZA SANITARIA
PER I FAMILIARI DEL PERSONALE DEL
CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO**

Tale modulo deve essere restituito alla Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo - Piazza della Vittoria 7 16121 Genova tel. 010.5725243 - debitamente compilato in tutte le sue parti, entro il

Con riferimento alla polizza convenzione n. "Rimborso spese mediche" stipulata dall'Opera di Assistenza in favore del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del fuoco come da art. 25 "adesione del nucleo familiare":

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a il ____/____/____
a _____ Codice fiscale ____-____-____-____-____-____-____-____-____-____
e residente a _____ Prov. _____ telefono _____
Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Chiede

L'iscrizione alla copertura sanitaria volontaria del coniuge e dei figli risultanti dallo stato di famiglia, di seguito elencati. A tal fine dichiara sotto sua piena responsabilità che le persone sotto elencate fanno parte del proprio stato di famiglia

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita e relativa provincia	Codice fiscale	Parentela
					Coniuge
					Figlio/figlia
					Figlio/figlia
					Figlio/figlia

Il/La Sottoscritto/a dichiara di avere versato l'importo di lit. 320.000 sul c/c postale n. intestato alla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo in data di cui allega copia del bollettino.

Luogo e data

Firma (leggibile)

Attenzione:

allegare alla presente il modello per l'informativa/consenso sulla privacy (Art. 10 legge 31 dicembre 1996, n. 675)