

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

Al Consiglio di Amministrazione della

**RECIPROCA SMS - ETS**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**DOMANDA**

di essere iscritto a **RECIPROCA SMS - ETS** in qualità di titolare del rapporto di associazione, con l'assunzione di quanto previsto e prescritto dallo Statuto e dal Regolamento.

Dichiara di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento<sup>1</sup>, impegnandosi ad osservarli integralmente e di accettare sin d'ora ogni variazione dei predetti, che fosse approvata dalla competente Assemblea, in particolare le deliberazioni concernenti la determinazione delle prestazioni del Piano Assistenziale e dei contributi associativi.

Qualora intenda procedere con l'iscrizione del nucleo allega lo stato di famiglia o dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000.

Quota d'iscrizione una tantum € \_\_\_\_\_  
Quota contributo associativo sanitario annuale € \_\_\_\_\_

Si ricorda che l'effettiva iscrizione e mantenimento della copertura prevista dal Piano Assistenziale è soggetta all'effettivo pagamento degli importi previsti da parte del datore di lavoro ovvero all'eventuale versamento o integrazione da parte degli iscritti.

Luogo e Data

Firma

<sup>1</sup> Disponibili sul sito [www.reciprocasmms.it](http://www.reciprocasmms.it).



---

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e compreso l'informativa al trattamento dei dati personali.

Luogo e Data

Firma

---

**DOMANDA DI ISCRIZIONE  
INTEGRAZIONE FAMILIARI E DELEGA**

Il/I sottoscritto/i, in qualità di familiare/i del/la sig./ra \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_, (di seguito definito “Associato Principale”), come risultante/i dallo stato di famiglia del medesimo, richiede/ono di essere iscritto/i a **RECIPROCA SMS - ETS** ai medesimi effetti dell’Associato Principale, con l’assunzione di quanto previsto e prescritto dallo Statuto e dal Regolamento.

Dichiara/no di aver preso visione dello Statuto, del Regolamento e dell’informativa al trattamento dati personali, impegnandosi ad osservarli integralmente e di accettare sin d'ora ogni variazione dei predetti, che fosse approvata dalla competente Assemblea, in particolare le deliberazioni concernenti la determinazione delle prestazioni del Piano Assistenziale e dei contributi associativi.

Con la firma<sup>2</sup> apposta al presente documento delega/no l’Associato Principale ad esercitare i diritti e gli obblighi derivanti dal rapporto associativo con **RECIPROCA SMS - ETS**, anche con riguardo alla riscossione di eventuali rimborsi o la ricezione di prestazioni di natura economica (nei casi in cui sia RECIPROCA SMS – ETS a corrispondere tali prestazioni).

Il/I sottoscritto/i, informato/i delle operazioni di trattamento dei dati personali e prestato l’eventuale consenso, delega/no l’Associato Principale affinché trasmetta la documentazione richiesta dal piano sanitario sottoscritto, fornendo allo stesso ogni più ampia facoltà, compresa, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la possibilità di: richiedere rimborsi; modificare e aggiornare i dati forniti; inserire, aggiungere, integrare, cancellare la documentazione a supporto delle richieste, anche mediante l’utilizzo di strumenti di comunicazione elettronica.

Il/I sottoscritto/i dichiara/no di aver ricevuto e compreso l’informativa al trattamento dei dati personali.

<b>COGNOME E NOME</b>	<b>LUOGO E DATA DI NASCITA</b>	<b>CODICE FISCALE</b>	<b>RELAZIONE PARENTALE</b>	<b>FIRMA</b>

<sup>2</sup> Per i familiari minori di anni 18, è necessaria l’apposizione della firma da parte dell’esercente la responsabilità genitoriale ovvero del rappresentante legale.