DOMANDA DI RECESSO

(da inviare con raccomandata A/R o mezzo equivalente anche informatico)

IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Email: _____ Recapito telefonico: _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 T.U. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizioni di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità,

CHIEDE

di esercitare il diritto di recesso a far data dal primo giorno del trimestre successivo a quello della presente domanda:

☐ **RELATIVAMENTE ALLA PROPRIA POSIZIONE NONCHE' DEI FAMILIARI ISCRITTI;**

☐ **RELATIVAMENTE ALLA SOLA POSIZIONE DEI SEGUENTI FAMILIARI ISCRITTI:**

1) Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Rapporto di parentela: _____

2) Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Rapporto di parentela: _____

3) Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Rapporto di parentela: _____

4) Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Rapporto di parentela: _____

DICHIARA

che i soggetti di cui sopra, sono iscritti alla CASAGIT SALUTE da almeno un triennio (secondo normativa vigente), al Piano sanitario ……; di essere consapevole che, a norma dell'articolo 29 punto 4 del Regolamento Applicativo Generale, il recesso del Socio preclude la possibilità di presentare in futuro domanda di adesione individuale o collettiva volontaria alla Mutua.

Restituire il presente modulo debitamente compilato e firmato a mezzo raccomandata postale A/R a:

Direzione Generale - Casagit Salute Via Marocco, 61 – 00144 Roma

oppure via PEC da una casella di posta elettronica certificata a contribuzione.diretta@pec.casagit.it

Data _____ Firma _____