

**COMPOSIZIONE/VARIAZIONE
NUCLEO FAMILIARE
Socio Dipendente**

Il/La sottoscritto/acodice personale.....
nato/a il a

richiede, sotto la propria responsabilità, di

includere escludere dal proprio nucleo familiare, ai sensi della assistenza sanitaria a
far data da __/__/____

RELAZIONE CON IL TITOLARE DELLA PRESTAZIONE (I)	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	Codice Fiscale

(I) Il sottoscritto dichiara che trattasi di familiare/i rientranti fra i casi previsti dall'Art. 3 del Regolamento Cadgi e che i componenti inclusi sono risultanti fiscalmente a carico.

Prendo atto che i dati comunicati saranno gestiti nel rispetto dell'informativa CADGI emessa e del consenso da me già fornito a CADGI (L. 196/2003 - Legge di Tutela della Privacy)

Data, _____

Firma del dichiarante _____