FONDO SANITARIO IMPIEGATI AGRICOLI – F.I.A

c/o Fondazione E.N.P.A.I.A. Viale Beethoven, 48 – 00144 ROMA

call center 800.010270 – 800.313231 – 800.242621 – 800.242624

Tel. 06/5458305 – 06/5458291 – 06/5458265 – Fax 06/5458354

WEB www.fondofia.it - EMAIL infofondofia@enpaia.it PEC fondofia@pec.enpaia.it

	FORMULA	A	Validità dal ……Al……		FORMULA	C	Validità dal ……al……
	FORMULA	B	Validità dal ……Al……		FORMULA	C1	Validità dal ……al……
	FORMULA	B1	Validità dal ……Al……				

Il sottoscritto……**nato a**……**il**……/……/……

Codice Fiscale ……

Residente in ……**C.A.P**……**via**……**n**……**tel.**……

Telefono Cellulare……**Indirizzo E-MAIL**……

Nella sua qualità di PERITO AGRARIO ☐ **iscritto presso il Collegio Provinciale dei Periti Agrari di:** ☐

COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE (compreso l'intestatario)

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	FIRMA PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (L.675/96)

Determinazione della contribuzione

	PRESTAZIONI			PRESCELTE	
	FORMULA A -	€ 570,00		FORMULA C - Facoltativa	€ 175,00
	FORMULA B - Facoltativa	€ 232,41		FORMULA C1 - Facoltativa	€ 265,00
	FORMULA B1- Facoltativa	€ 77,47		FORMULA C1 - Integrata	€ 265,00 + €…

☐ **Per ogni figlio maggiorenne convivente non a carico:**
FORM. A € 103,29 – FORM. B € 61,97 – FORM. B1 € 25,82 – FORM. C € 46,48 – FORM. C1 € 69,72

Totale contribuzione = € ……

Forma di pagamento : ☐ **ANNUALE** ☐ **SEMESTRALE**

tramite: ☐ **bonifico bancario intestato Fondo Sanitario Impiegati Agricoli F.I.A. IBAN IT97F0569603211000009404X96** ☐ **assegno circolare N/T**

MODALITA' DI RISCOSSIONE DELLE PRESTAZIONI LIQUIDATE DAL FONDO

Si prega di accreditare l'importo della liquidazione sul mio c/c bancario / postale n°_____

Intestato a _____

IBAN _____

La presente vale quale ricevuta dell'importo di €. ……..

Firma ……

Pari a ……../12 **della FORMULA** ……

p. F.I.A. ……

Data ……