



Pos. Azienda

--	--	--	--	--	--	--	--

*Non compilare in caso di nuova adesione*

## DICHIARAZIONE FORMA DI ASSISTENZA DIRIGENTI IN SERVIZIO

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ nella propria qualità di rappresentante legale  
dell'azienda \_\_\_\_\_ consapevole delle  
conseguenze civili e penali derivanti da affermazioni non veritiere eventualmente rese, **dichiara**  
sotto la propria responsabilità personale e ad ogni effetto di legge che:

*(si prega di barrare la casella corrispondente)*

- L'azienda aderisce esclusivamente al Fasi per l'assistenza dei propri dirigenti in servizio.
- L'azienda utilizza Fondi, o forme di tutela, alternativi al Fasi per l'assistenza dei propri dirigenti in servizio.

### Firma del legale rappresentante

*(data) (timbro e firma)*

**Si precisa che non si considerano alternativi i Fondi, o forme di tutela, integrativi all'assistenza Fasi.**

**Fasi**

Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi  
Via Vicenza, 23 – 00185 ROMA Tel. 06/518911 Contact Center  
[www.fasi.it](http://www.fasi.it)