

**RACCOMANDATA A.R.**

Spett.le  
**CASSA INTERAZIENDALE DI  
ASSISTENZA SANITARIA "CARLO DE LELLIS"**  
Via Antonio Stoppani, 6  
20129 Milano MI

**La sottoscritta Azienda:**

Ragione Sociale			
con sede legale in		Indirizzo	n. civico CAP
recapito per invio corrispondenza		Indirizzo	n. civico CAP
C.F.	Tel.	e-mail	e-mail PEC
P.Iva	Fax	Esercente l'attività di	

**CHIEDE, con decorrenza dalla data del** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

L'iscrizione alla Vostra Cassa in qualità di Associato, aderendo ai programmi di assistenza sanitaria a favore dei suoi dipendenti e del loro nucleo familiare, conformemente a quanto stabilito dallo Statuto (artt. 7 e 8) e dal Regolamento (artt. 3,4,5) e alle condizioni di assicurazione stipulate dalla Cassa onde conseguire le prestazioni previste nello Statuto e Regolamento stessi (art. 4 e art. 2).

Si trasmette al riguardo l'elenco dei dipendenti e le relative dichiarazioni con l'eventuale indicazione dei familiari beneficiari delle prestazioni.

A tal fine dichiara di aver preso atto e di accettare integralmente lo Statuto ed il regolamento, impegnandosi ad osservarne tutte le norme, a provvedere al regolare pagamento dei contributi stabiliti secondo lo Statuto stesso e a comunicare tempestivamente tutte le variazioni dei nominativi dei dipendenti e dei familiari.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Timbro dell'Azienda e Firma del Legale Rappresentante