

MODULO DI RINUNCIA DIPENDENTE ALL'ADESIONE AL PIANO SANITARIO PMI SALUTE

Dati Dipendente

Il/La sottoscritto/a _____	Assunto in data _____
Codice Fiscale _____	Tel. (opzionale) _____
Nato/a a _____	Provincia _____ il _____
Residente a _____	Provincia _____ C.A.P. _____
Indirizzo _____	N° _____
Documento di identità n. _____	(di cui si allega una copia)
Indirizzo e-mail (opzionale) _____	

Dati Azienda

Ragione Sociale _____	Codice <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Indirizzo _____	Provincia _____
Località _____	C.A.P. _____

Rinuncia

RINUNCIA VOLONTARIAMENTE

all'adesione al Piano Sanitario PMI Salute, prevista dal CCNL CONFIMI INDUSTRIA MECCANICA / FIM-CISL / UILM-UIL del 22 luglio 2016; la documentazione relativa al Piano Sanitario e alle relative prestazioni è disponibile sul relativo sito www.pmisalute.it

Il presente documento è stato consegnato in Azienda in data _____ (oppure) spedito all'Azienda in data _____

Firma _____

ISTRUZIONI

Il presente modulo va compilato, sottoscritto dal lavoratore e consegnato/spedito all'Azienda.

- Il lavoratore che intende rinunciare al Piano Sanitario di PMI Salute deve far pervenire il modulo all'Azienda, tassativamente, entro e non oltre i 30 giorni successivi all'assunzione; l'eventuale ricezione da parte dell'Azienda dopo tale termine non avrà efficacia, e l'adesione al Piano Sanitario di PMI Salute sarà confermata in tutti i suoi effetti.
- Il presente modulo "RINUNCIA" è utilizzabile solo per i nuovi assunti entro i 30 giorni successivi all'assunzione; dopo tale termine il modulo da utilizzare è quello relativo alla "DISDETTA".

L'Azienda provvederà quindi a inviare le copie relative al modulo di rinuncia sottoscritto dal lavoratore e del suo documento di identità, al seguente indirizzo e-mail: assistenza@fondopmisalute.it entro 5 (cinque) giorni dalla consegna del modulo da parte del dipendente.