

**ASSIDA**

ASSOCIAZIONE PER L'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA  
DIRIGENTI AZIENDE DEL GRUPPO TELECOM ITALIA

**DICHIARAZIONE ALTRA FORMA DI ASSISTENZA DEL CONIUGE**

Nel caso in cui il Coniuge iscritto all'ASSIDA abbia diritto a fruire di altra forma collettiva di assistenza sanitaria integrativa, di cui all'Art.13.7 dello Statuto ASSIDA, La preghiamo di volerci cortesemente restituire il presente modulo debitamente compilato e sottoscritto.

Ringraziando per la cortese collaborazione, restiamo a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

IL SEGRETARIO  
(Alessandro Papagna)



Il /La sottoscritto/a ..... preso atto dell'Art. 13.7 dello Statuto ASSIDA, dichiara che il Coniuge ..... beneficiario delle prestazioni ASSIDA, ha diritto a fruire di altra forma collettiva di assistenza sanitaria integrativa (specificare quale ..... )

Il / La sottoscritto/a si impegna pertanto a fornire la documentazione relativa ai rimborsi ottenuti, al fine della loro detrazione in sede di liquidazione delle spese da parte di ASSIDA.

.....  
(data)

.....  
(firma)