

**MODULO RACCOLTA DATI CASA RELIGIOSA
PIANO SANITARIO PER I RELIGIOSI DEGLI ISTITUTI ASSOCIATI AD AGIDAE**

*Da compilare e restituire firmato insieme ai moduli di raccolta dati beneficiario (Mod. ASIR-002) a
AGIDAE OPERA – Via Bellini 14 – 00198 Roma - anticipandolo via fax al numero 06.85457.520*

Dati CONGREGAZIONE RELIGIOSA:

Denominazione
Nome breve

Dati CASA RELIGIOSA:

Denominazione Istituto/Comunità		
C.F.		
Via		
CAP	Comune	Prov.
eMail	Telefono	

Dati REFERENTE Istituto per il piano sanitario (es. economo/a):

Titolo	Nome	Cognome
Ruolo		
eMail		
Telefono	Cellulare	

Numero di Religiosi/e appartenenti alla Casa Religiosa (mod. ASIR-002): _____

La polizza di assistenza sanitaria integrativa **ha durata triennale con scadenza 01/12/2020**.
L'adesione è per l'intera durata della polizza. **Il costo frazionato ad anno è pari a 100,00euro per ogni Religioso della Casa**. Per poter aderire alla polizza è necessaria l'adesione di tutti i religiosi della Casa Religiosa.

Il pagamento dovrà avvenire tramite **bonifico bancario in favore di AGIDAE OPERA SRL – IBAN IT29L 03127 03207 0000 0000 2433**.

Allegare al presente modulo, debitamente compilato e firmato, la copia dell'ordine di bonifico e l'elenco dei religiosi/e.

Inviare il tutto via fax al numero 06.85457.520 oppure via email a asi.religiosi@agidaopera.it.

Data ___/___/_____

Firma e timbro Istituto

**ELENCO SINTETICO DEI RELIGIOSI/E BENEFICIARI ADERENTI AL
PIANO SANITARIO PER I RELIGIOSI DEGLI ISTITUTI ASSOCIATI AD AGIDAE**

*Da compilare e restituire firmato insieme ai moduli di raccolta dati beneficiario (Mod. ASIR-001) a
AGIDAE OPERA – Via Bellini 14 – 00198 Roma - anticipandolo via fax al numero 06.85457.520*

Elenco completo dei componenti della Comunità Religiosa

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Data Nascita</i>	<i>Luogo Nascita</i>	<i>Codice Fiscale / Numero passaporto</i>	<i>eMail (Religioso/a)</i>

Data ___/___/___

Firma e timbro Istituto