

**MODULO PER LA VARIAZIONE DELLO STATUS  
DEL FAMILIARE A CARICO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
Matricola Aziendale \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ Data iscrizione \_\_\_\_\_  
N. tel./cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
**Aderente all'Ambito:**      ☐ **BP**      ☐ **BPL**      ☐ **BPN**      ☐ **CB + LUPILI**      ☐ **FIPAD**

**D I C H I A R O**

☐ che il **seguito familiare**:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**ha perso il requisito di "familiare fiscalmente a carico".**

Prendo atto che lo stesso potrà avvalersi delle facoltà previste dallo Statuto vigente e dettagliate dal "Regolamento per l'adesione e per la partecipazione al Fondo dei Familiari a carico degli Iscritti".

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)