



Fondo Integrativo Sanitario per i
Dipendenti del Gruppo ENEL

Spett.le FISDE

Oggetto: Variazione carico familiare anno 20__ e restituzione importi percepiti

Il/La sottoscritto/a

cognome nome

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

comunica che il familiare
.....
.....

NON è più a proprio carico dal 1 gennaio 20__.

.....
Il Socio (FIRMA LEGGIBILE)

(da compilare solo se FISDE ha erogato rimborsi/servizi per l'anno finanziario 20__)

Avendo già, nel corso del 20__, ricevuto rimborsi/servizi per il predetto familiare, comunica di aver provveduto alla restituzione al FISDE

degli importi percepiti per un totale di €

Distinti saluti

.....
Il Socio (FIRMA LEGGIBILE)

.....li

DA TRASMETTERE AL FISDE