



**SAN.ARTI.**

FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA  
PER I LAVORATORI DELL'ARTIGIANATO

## MODULO ASSOCIAZIONE/CAMBIO CONSULENTE

La scrivente azienda (*ragione sociale*) \_\_\_\_\_  
sita in via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
ed avente C.F./P.Iva \_\_\_\_\_ e Matricola INPS \_\_\_\_\_  
rappresentata sinora dal Consulente/Centro Servizi \_\_\_\_\_

### comunica:

di aver affidato la gestione del rapporto con il Fondo San.Arti. al seguente Consulente/Centro Servizi:

\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.F.(\*). \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

e di conseguenza richiede il “Cambio Consulente” nell’anagrafica del Fondo San.Arti.

(\*) Indicare il C.F. del Consulente/Centro servizi inserito in fase di registrazione nel sito del Fondo San.Arti.

di aver deciso di gestirsi autonomamente e chiede pertanto l’invio delle credenziali di accesso all’area riservata al seguente indirizzo email: \_\_\_\_\_

**Firma del legale rappresentante** (*per esteso e leggibile*)

\_\_\_\_\_

### **NOTA BENE :**

**Il presente modulo, firmato e compilato in ogni sua parte, deve essere inviato agli uffici del Fondo tramite:**

- posta elettronica, all’indirizzo: **cambio.consulente@sanarti.it**