

MODULO PER LA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL “PIANO FLEXIBLE BENEFIT”

Il presente modulo è destinato ai dipendenti che intendono destinare al Fondo Metasalute l'importo previsto dal Flexible Benefit.

Il modulo, debitamente compilato e firmato, dovrà essere **consegnato all'azienda entro il 26 maggio 2025**.

AUTODICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

DICHIARO

di voler destinare, per l'anno 2025, l'importo previsto dal Flexible Benefit del valore di 200 euro, per l'attivazione del Piano Flexible Benefit, aggiuntivo rispetto al piano sanitario aziendale già attivo.

Attesto inoltre di aver preso visione dei dettagli relativi al Piano Flexible Benefit, disponibili sul sito del Fondo Metasalute alla sezione [Piani sanitari](#).

Sono consapevole che **la cessazione del rapporto di lavoro** o la **decadenza dal diritto alle prestazioni**, di cui all'art.12 del Regolamento, ai sensi dell'art. 12 del Regolamento, determineranno/comporteranno l'interruzione delle coperture previste dal Piano Sanitario Flexible Benefit.

Data _____

Firma _____

NOTE: Il presente modulo è esemplificativo e potrà essere utilizzato dal lavoratore per comunicare all'Azienda la volontà di destinare l'importo Flexible Benefit al Fondo Metasalute. Non dovrà essere trasmesso al Fondo; sarà l'Azienda a provvedere all'attivazione del Piano Flexible Benefit tramite l'apposita procedura disponibile nell'Area Riservata.