

MODULO REVOCA ISCRIZIONE FAMILIARI

Da inviare compilato e firmato a F.I.M. Via V .Veneto, 1/A 33170 PORDENONE
(e-mail: segreteria@fimvaloresalute.it)

Il/La sottoscritto/a Associato/a _____ matr. _____

comunica che

a partire dal ____ / ____ / _____, è revocata l'iscrizione al FIM del proprio familiare:

○ **figlio/a** _____, perché

non più fiscalmente a carico (*)

altro _____

○ **coniuge / partner unione civile / convivente**

_____, per:

separazione

scioglimento unione civile

cessazione della convivenza

rinuncia

altro _____

Cordiali saluti.

data

firma dell'Associato/a

(*) si intende **fiscalmente a carico** il figlio / la figlia che nel corrente anno:
- non superi un reddito fiscale di **euro 4.000,00** se minore di 24 anni di età;
- non superi un reddito fiscale di **euro 2.840,51** se maggiore di 24 anni di età.