

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: _____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Tel. _____

2. COMUNICAZIONE VARIAZIONE

Il sottoscritto, aderente al FPA Soluzione Previdente, in data ____/____/____ **COMUNICA** la seguente variazione di recapito:

RESIDENZA:

Indirizzo _____
Comune: _____ **Provincia:** _____ **CAP:** _____
Nazione _____ **Telefono:** _____
E-mail: _____

CORRISPONDENZA:

Indirizzo _____
Comune: _____ **Provincia:** _____ **CAP:** _____
Nazione _____ **Telefono:** _____
E-mail: _____

Dichiara inoltre che desidera ricevere la corrispondenza in formato:

cartaceo all'indirizzo sopra riportato elettronico via e-mail all'indirizzo sopra riportato

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. È consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data e luogo: _____

Firma Aderente: _____

Copia per l'Aderente

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: _____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Tel. _____

2. COMUNICAZIONE VARIAZIONE

Il sottoscritto, aderente al FPA Soluzione Previdente, in data ____/____/____ **COMUNICA** la seguente variazione di recapito:

RESIDENZA:

Indirizzo _____
Comune: _____ **Provincia:** _____ **CAP:** _____
Nazione _____ **Telefono:** _____
E-mail: _____

CORRISPONDENZA:

Indirizzo _____
Comune: _____ **Provincia:** _____ **CAP:** _____
Nazione _____ **Telefono:** _____
E-mail: _____

Dichiara inoltre che desidera ricevere la corrispondenza in formato:

cartaceo all'indirizzo sopra riportato elettronico via e-mail all'indirizzo sopra riportato

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. È consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data e luogo: _____

Firma Aderente: _____

Copia per la Filiale

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: _____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Tel. _____

2. COMUNICAZIONE VARIAZIONE

Il sottoscritto, aderente al FPA Soluzione Previdente, in data ____/____/____ **COMUNICA** la seguente variazione di recapito:

RESIDENZA:

Indirizzo _____
Comune: _____ **Provincia:** _____ **CAP:** _____
Nazione _____ **Telefono:** _____
E-mail: _____

CORRISPONDENZA:

Indirizzo _____
Comune: _____ **Provincia:** _____ **CAP:** _____
Nazione _____ **Telefono:** _____
E-mail: _____

Dichiara inoltre che desidera ricevere la corrispondenza in formato:

cartaceo all'indirizzo sopra riportato elettronico via e-mail all'indirizzo sopra riportato

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. È consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data e luogo: _____

Firma Aderente: _____

Copia per la Compagnia

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO