

FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE
PER I DIPENDENTI DA AZIENDE DEL TERZIARIO
(COMMERCIO, TURISMO E SERVIZI)

NUMERO DI ISCRIZIONE AL FONDO: _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA CHE I PROPRI DATI PERSONALI CORRETTI/RETTIFICATI SONO I SEGUENTI:	
Cognome _____	Nome _____
Sesso M F	Codice Fiscale _____
Nato/a a _____	Prov. _____
Il _____	
Residente a _____	Prov. _____
Via _____	N. _____ Cap _____
Telefono _____	e-mail _____
Indirizzo di corrispondenza: Via _____	N. _____
Cap _____	Comune _____ Prov. _____
<i>Da compilare IN STAMPATELLO nel caso di errori o variazione dei propri dati personali.</i>	

DATA DI COMPILAZIONE

FIRMA

DICHIARO sotto la mia responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero. Presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali (D.LGS. N.196/2003), **ACCONSENTO** al trattamento dei miei dati personali e comuni e sensibili nonché alla loro comunicazione ed al loro trattamento funzionale all'esercizio dell'attività previdenziale complementare.

DATA

FIRMA

Il presente modulo, compilato IN OGNI SUA PARTE in modo chiaro e leggibile, dovrà essere inviato al Fondo, allegando copia del documento di identità o del codice fiscale, al seguente indirizzo:

Fondo pensione FON.TE.
c/o PREVINET
Via Ferretto, 1
31021 MOGLIANO VENETO (TV)