

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. _____

Da compilare IN STAMPATELLO nel caso di errori o variazione dei propri dati personali.

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, a mezzo raccomandata A/R, allegando copia del documento di identità o del codice fiscale, al seguente indirizzo:

Fondo Pensione FON.TE.
C/O ACCENTURE MANAGED SERVICES SPA
Centro Direzionale Milanofiori, Strada 4 palazzo Q3 3° Piano
20089 Rozzano (MI)