

N. protocollo	Data compilazione
	Arrivo sede regionale
Regione	Arrivo sede nazionale

Numero matricola socio

Numero mat. Rappresentante

PASSAGGIO PRESTAZIONI

(compilare in stampatello)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il

(Cognome e nome)

iscritto/a dal _____

(Professione)

(Azienda)

Residente in _____ n. _____

(Via/piazza)

CAP _____ Comune _____ Prov. _____ Tel. abit. _____

Tel. ufficio _____ Cell. _____ E-mail _____

data pensionamento

Collocato nella Prestazione base _____

CHIEDE

il passaggio alla Prestazione base TUTELA GLOBALE PRIMA TUTELA _____

Collocato nella Prestazione aggiuntiva _____

CHIEDE

il passaggio alla Prestazione aggiuntiva SALUTE PIÙ SALUTE SINGLE _____

Si impegna a versare i contributi previsti dal regolamento tramite

- Sottoscrizione di delega per la trattenuta del contributo in forma rateale tramite il proprio datore di lavoro
- Ordine di bonifico bancario permanente (RID) con frequenza semestrale annuale
- Ordine di bonifico postale permanente (RID) con frequenza semestrale annuale
- Conto corrente postale con frequenza semestrale annuale

Da sottoscrivere nel caso di richiesta di passaggio alla prestazione aggiuntiva Salute Single

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze, anche legali ex. Art. 486 C.P. e che comunque potrebbero incidere il diritto ai sussidi e l'adesione alla prestazione medesima in caso di dichiarazione mendace, che al momento della richiesta di passaggio è **single** (senza familiari aventi diritto).

 Luogo e data

 Firma (del socio)

Tutti i passaggi di prestazione avranno decorrenza dal 1 gennaio dell'anno successivo alla domanda

Data di collocazione nella nuova prestazione: Gennaio

 Luogo e data

 Firma del socio

 Firma (per la Società)