

INTERESSATO

Cognome e nome	
Nato il	
Residente a	
Documento identità (tipo, data rilascio e validità)	
Titolo (ING/ARCH)	
Matricola Inarcassa n.	

DELEGO

Cognome e nome	
----------------	--

ad acquisire informazioni e/o a consegnare documentazione in merito alla propria posizione assicurativa, previdenziale e/o contributiva presso l'Associazione.

Luogo e data

Firma del delegante

--

Firma del delegato

--

SI ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGANTE IN CORSO DI VALIDITA'

Informativa ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003: "Codice in materia di protezione dei dati personali":
i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e saranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.