

Spett. Le
BancAssurance Popolari S.p.A
 Team Operations
 Via F. De Sanctis n°11
 00195 Roma RM
 da inviare a portafoglio@bancassurance.it

DICHIARAZIONE STATUS LAVORATORE

DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Sesso: M F

Data di nascita: _____

Comune di nascita: _____

Prov.: _____

Tel.: _____

Indirizzo di residenza: _____

CAP: _____

e-mail: _____

Comune di residenza: _____

Provincia: _____

Documento d'identità: _____

N° Documento: _____

Data di rilascio ____/____/____

Rilasciato da: _____ Scadenza _____ Località: _____

STATUS LAVORATORE

Professione: _____

Categoria professionale: Lavoratore autonomo Lavoratore dipendenteArea: Privato Pubblico

Data prima occupazione: ____/____/____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. e sotto la propria esclusiva responsabilità, che quanto dichiarato nel presente modulo corrisponde a verità. E' altresì consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere.

Data Compilazione: / /

Firma: _____