



Fondiss

Fondo di Previdenza Complementare
della Repubblica di San Marino

MODULO PER RECLAMI

Il/la sottoscritto/a		cognome		nome	
di nazionalità			con Codice ISS		
nato il		luogo di nascita		sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
residente a		via		Nr. Civico	
provincia	CAP	e mail		recapito telefonico	
<input type="checkbox"/> <i>Lavoratore Dipendente</i> <input type="checkbox"/> <i>Lavoratore Autonomo</i> <input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Pro</i> <input type="checkbox"/> <i>Amministratore Unico o Delegato, Presidente di CdA, Socio</i>					

premesso che

richiedo che

Luogo e data	Firma
--------------	-------

Allegati:

- Documento d'identità

Fondiss

Fondo di Previdenza Complementare della Repubblica di San Marino
REPUBBLICA DI SAN MARINO
Via Scialoja, 40 - 47893 Borgo Maggiore
Tel. +378 (0549) 994402 - Fax +378 (0549) 994493
fondiss@fondiss.sm
Copyright FONDISS 2014 - Tutti i diritti sono riservati