

 Fondiss Fondo di Previdenza Complementare della Repubblica di San Marino		MODULO DI ADESIONE VOLONTARIA			
		(Pensionati)			
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	email		recapito telefonico	

presa visione delle fonti legislative in materia di previdenza complementare e della Nota Informativa di FONDISS, nella sua qualità di pensionato;

- DICHIARA di voler aderire a Fondiss,
- SI IMPEGNA a rispettare le disposizioni normative in vigore e si impegna fornire tutte le informazioni utili per la costituzione e il mantenimento della propria posizione previdenziale,
- CONSENTE il trattamento dei propri dati personali,
- **SI IMPEGNA a eseguire il versamento da un Istituto di credito sammarinese utilizzando la causale "750 -- 759 VERSAMENTI VOLONTARI COMPLEMENTARE SOGGETTI NON OBBLIGATI".**

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

Allegati:

- Documento d'identità
- Certificato di pensione

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