



**MODULO DI RICHIESTA VARIAZIONI**

**GENERALITÀ DELL'ADERENTE**

**IL SOTTOSCRITTO**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

NUMERO ADESIONE \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA: VIA E N. CIVICO \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ LOCALITA' \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

COD. SOTTOGR. \_\_\_\_\_ COD. GRUPPO \_\_\_\_\_ DOC IDENTIFICATIVO VALIDO \_\_\_\_\_ N. DOCUMENTO \_\_\_\_\_ RILASCIATO DA \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI DOMICILIO (SE DIVERSO) \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ LOCALITA' \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

**RICHIESTE**

**DI VOLERE MODIFICARE IL COMPARTO DI INVESTIMENTO DALL'ATTUALE AL SEGUENTE:**

- PREVIDENZA GARANTITA     
  PREVIDENZA EQUILIBRATA     
  PREVIDENZA CAPITALIZZATA     
  PREVIDENZA BILANCIATO INTERNAZIONALE

**L'AGGIORNAMENTO DELL'INDIRIZZO DI RESIDENZA COME SEGUE:**

INDIRIZZO DI RESIDENZA: VIA E N. CIVICO \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ LOCALITA' \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

**LA DESIGNAZIONE DEL NUOVO BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE COME SEGUE:**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**L'AGGIORNAMENTO DEI DATI DEL DATORE DI LAVORO COME SEGUE:**

RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_ PARTITA IVA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: VIA E N. CIVICO \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ LOCALITA' \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO SEDE LEGALE (SE DIVERSO): VIA E N. CIVICO \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ LOCALITA' \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE**

OGNI RICHIESTA DI VARIAZIONE SARA' SOGGETTA ALLE NORME ED ALLE REGOLE PREVISTE DAL REGOLAMENTO DEL FONDO E DALLA NOTA INFORMATIVA GIA' CONSEGNATE ALL'ATTO DELL'ADESIONE.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ADERENTE \_\_\_\_\_

PER RICEVUTA

DATA \_\_\_\_\_ TIMBRO E FIRMA DEL COLLOCATORE \_\_\_\_\_

