

MODULO DI VARIAZIONE DATI ISCRITTO

DATI DELL'ISCRITTO/A

Cognome e nome _____ C.I.D. _____

CODICE FISCALE _____

data iscrizione Cassa Integrativa _____ assunto/a il _____

Società _____

VARIAZIONE DATI

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Provincia (____)

indicare il domicilio solo se diverso dalla residenza

Indirizzo di domicilio _____ CAP _____

Comune di domicilio _____ Provincia (____)

Indirizzo e-mail: _____

Telefono _____

In fede

data _____

Sottoscrizione resa allegando fotocopia documento di identità N.

rilasciato da il

AVVERTENZA:

Da compilare in caso di variazioni o errori riportando integralmente i dati del recapito del Socio.

TIMBRO E FIRMA
a cura della Cassa Integrativa FNM