

Allegato

Dichiarazione da rilasciare per usufruire dei benefici sulle prestazioni richieste all'Istituto Clinico S. Anna

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in _____

consapevole delle responsabilità derivanti dalla sottoscrizione di dichiarazioni non veritiere, ai fini dell'ottenimento dei benefici previsti dalla convenzione stipulata fra l'Istituto Clinico S. Anna di Brescia e l'Associazione ex Dirigenti del Gruppo Banca Lombarda e Piemontese

DICHIARO

di essere: (contrassegnare dove interessa)

aderente all'Associazione ex Dirigenti del Gruppo Banca Lombarda e Piemontese

coniuge di _____

_____ (precisare tipo di parentela/affinità con l'associato) di _____

iscritto all'Associazione ex Dirigenti di Banca Lombarda e Piemontese

(luogo)

(data)

(firma)