

Dichiarazione da rilasciare per usufruire dei benefici sulle prestazioni richieste a Fondazione Poliambulanza

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

consapevole delle responsabilità derivanti dalla sottoscrizione di dichiarazioni non veritiere, ai fini dell'ottenimento dei benefici previsti dalla convenzione stipulata fra Fondazione Poliambulanza 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

iscritto all'Associazione ex Dirigenti di Banca Lombarda e Piemontese

(luogo)

(data)

(firma)