



AGGIORNAMENTO DATI ANAGRAFICI

*(DA COMPILARE NEL CASO IN CUI I DATI RIPORTATI
SULLA "CERTIFICAZIONE ANNUALE AGLI ISCRITTI" NON RISULTINO CORRETTI.)*

Il presente modulo dovrà essere inviato da parte dell'iscritto, al Fondo Pensione Medici – Via Costantino Morin, 45 – 00195 Roma.

Il/La Sottoscritto/a

cod. fiscale..... sesso.....

Nato/a a il..... prov

Residente a..... prov..... cap.....

in Via n.....

Tel. Email

Dipendente dell'Azienda Ospedaliera

iscritto/a a codesto rispettabile Fondo Pensione.

Data

Firma dell'aderente

.....

.....