

C - COMUNICAZIONE DATI ANAGRAFICI – INDIRIZZI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A			
NATO/A A		IL	

COMUNICA

sotto la propria responsabilità, i seguenti dati:

RESIDENZA ANAGRAFICA (obbligatorio)

VALIDA DAL	
------------	--

VIA/PIAZZA					N.	
CAP		LOC.		COMUNE		PROV
TEL ABIT				CELL		
EMAIL (*)						
DICHIARO DI NON ESSERE IN POSSESSO DI UN INDIRIZZO EMAIL (BARRARE CON "X")						

(*) obbligatorio per la visualizzazione dei propri cedolini su www.pensionati.intesasanpaolo.com e per la ricezione di eventuali comunicazioni

DOMICILIO FISCALE (obbligatorio)

VALIDO DAL	
------------	--

VIA/PIAZZA					N.	
CAP		LOC.		COMUNE		PROV
TEL ABIT				CELL		

DOMICILIO CORRISPONDENZA (se diverso dalla residenza)

VALIDO DAL	
------------	--

VIA/PIAZZA					N.	
CAP		LOC.		COMUNE		PROV
TEL ABIT				CELL		

Dichiaro di essere a conoscenza che le notizie di cui sopra verranno utilizzate per individuare le Amministrazioni Finanziarie cui versare le imposte trattenute sul proprio trattamento pensionistico integrativo.

Luogo e Data _____

Firma _____

Per i minori e/o inabili è necessaria la firma leggibile dell'eventuale Tutore o di chi esercita la patria potestà