

MODULO DI DICHIARAZIONE DELLO *STATUS* DI LAVORATORE

POLIZZA/E N. _____

Dati dell'aderente

COGNOME

NOME

SESSO

 M F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV.

PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITÀ

CAP

PROV.

PAESE

RECAPITO TELEFONICO

E-MAIL

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (se diverso dalla residenza)

LOCALITÀ

CAP

PROV.

PAESE

Indicare di seguito l'attuale *status* di lavoratore:

(barrare con una X una delle tre opzioni)

- Lavoratore dipendente del settore privato
- Lavoratore dipendente del settore pubblico
- Lavoratore autonomo e libero professionista

Data e luogo

X

Firma dell'aderente

Il presente modulo deve essere restituito, debitamente compilato e firmato, all'indirizzo sopra riportato.