Da inviare a:

FONDO PENSIONE APERTO UNIPOL PREVIDENZA FPA

UNIPOL ASSICURAZIONI S.p.A. – Direzione Vita - Previdenza

Via Stalingrado, 45 - 40128 - Bologna (BO)

Adesione n°_____

DICHIARAZIONE ATTESTANTE LA SITUAZIONE LAVORATIVA

Il/la sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

nato/a a _____ Prov _____ il _____ /_____ /_____

iscritto al Fondo Pensione Aperto Unipol Previdenza FPA

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice penale e delle norme speciali in materia,

DICHIARA

di svolgere attività lavorativa a partire dal _____ /_____ /_____

Luogo e Data

_____

Firma leggibile dell'Aderente

_____