

Spett.le
Genertel S.p.A.
Ufficio Liquidazioni/Previdenza
Via Marocchese, 14
31021 Mogliano Veneto (TV)

MODULO DI DICHIARAZIONE DELLO STATUS DI LAVORATORE

POLIZZA/E N. _____

Doti dell'aderente

COGNOME	NOME	SESSO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA	PROV. PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	LOCALITÀ	CAP	PROV. PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RECAPITO TELEFONICO	E-MAIL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (se diverso dalla residenza)	LOCALITÀ	CAP	PROV. PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.