

**MODULO di ADESIONE alla PETIZIONE per la SEPARAZIONE
della ASSISTENZA dalla PREVIDENZA Inps**

Io Sottoscritto ADERISCO ALLA PETIZIONE IN OGGETTO

COGNOME e NOME _____
(Si prega di scrivere in STAMPATELLO)

FIRMA

Nr e tipo documento (in corso di validità) _____

Residente in Via _____ N° _____

CAP _____ CITTA' _____ PROVINCIA _____

N° telefono (cellulare o fisso) _____

E-mail: _____

Data:

Consenso:

Autorizzo il trattamento dei dati personali in base art. 13 del D. Lgs. 196/2003 esclusivamente per la presente petizione.

FIRMA
