PREVIDENZA COOPERATIVA

Iscrizione Albo Covip N.170

ANNULLAMENTO RICHIESTE

DATI ANAGRAFICI

Cognome							Nome												
Codice Fiscale																	Sesso: ☐ M ☐ F		
Telefono fisso					Cellulare						e-mail								

RICHIEDE L'ANNULLAMENTO DELLA RICHIESTA (barrare una sola casella):

TIPOLOGIA RICHIESTA DA ANNULLARE
❑ Anticipazione
❑ Riscatto/Prestazione pensionistica
❑ Cambio comparto
❑ Trasferimento
❑ RITA

Inviata in data _____/_____/_____, tramite:

❑ e-mail
❑ pec
❑ posta
❑ accesso con SPID

Data_____ **Firma dell'Aderente** _____

L'incompleta compilazione del modulo o la mancanza della firma o della documentazione allegata prevista comporta il rigetto dello stesso.

Per le richieste pervenute al Fondo entro il 20 di ciascun mese, la richiesta di annullamento dovrà pervenire al Fondo entro e non oltre il 25 dello stesso mese.

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E INVIATO PER PEC O POSTA a Fondo Pensione PREVIDENZA COOPERATIVA ALLEGANDO COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITÁ E DEL CODICE FISCALE.

POSTA

Via Carlo Bartolomeo Piazza, 8 00161 Roma

PEC

previdenzacooperativa@pec.it