

**Da inviare a:**

**FONDO PENSIONE APERTO UNIPOLSAI PREVIDENZA FPA**

**UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita - Previdenza**

**Via Stalingrado, 45 - 40128 – Bologna (BO)**

**Adesione n° \_\_\_\_\_**

**L'aderente**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Indirizzo di residenza**

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Domicilio (se diverso dall'indirizzo di residenza)**

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di revocare l'erogazione della rendita integrativa temporanea anticipata (RITA) richiesta in data \_\_\_\_\_ con conseguente cessazione dell'erogazione delle rate residue.

Luogo e data

Firma dell'Aderente  
(ovvero del Legale Rappresentante)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_