L'Aderente:

Cognome _____ Nome _____

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

Nato a _____ Prov _____ il _____ /_____ /_____

Domicilio fiscale

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____

consapevole delle conseguenze civili e penali previste dalla normativa vigente in caso di falsa dichiarazione, dichiara, sotto la propria responsabilità, di non aver dedotto dal reddito complessivo, in sede di dichiarazione personale dei redditi, i contributi versati al

Fondo Pensione Aperto UNIPOLSAI PREVIDENZA FPA

nell'anno _____

per euro _____

Il/la sottoscritto/a allega copia di un proprio documento di riconoscimento valido.

Data

Firma dell'Aderente
(ovvero del Legale Rappresentante)

_____ _____