

REVOCA PER LA TRATTENUTA SULLA PENSIONE O ASSEGNO DEI CONTRIBUTI SINDACALI

ALLA SEDE INPDAP DI					
NOME		COGNOME			
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA			
A		PROV.		STATO	
RESIDENTE IN		PROV.		STATO	
INDIRIZZO				CAP	
TELEFONO		CELLULARE			
E-MAIL					

ai sensi della legge 485/72 e alle norme della Convenzione stipulata tra le Organizzazioni Sindacali dei Pensionati e codesto Istituto, chiede a codesta spett.le Direzione di prendere atto che il sottoscritto **REVOCA la delega già rilasciata a favore della Organizzazione Sindacale** _____ **a partire dal** _____

Data _____

Firma* _____

Firma 1) _____

Firma 2) _____

*Se analfabeta il segno di croce deve essere convalidato da due firme