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 UNIPOL 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)

_____ _____

Unipol Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666 - Capitale sociale i.v. Euro 3.365.292.408,03 Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 160304 - Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046 - unipol.com - unipol.it