

## MODULO DI DICHIARAZIONE DELLO *STATUS* DI LAVORATORE

POLIZZA/E N. \_\_\_\_\_

### Dati dell'aderente

COGNOME

NOME

SESSO

 M  F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV.

PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITÀ

CAP

PROV.

PAESE

RECAPITO TELEFONICO

E-MAIL

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (se diverso dalla residenza)

LOCALITÀ

CAP

PROV.

PAESE

### Indicare di seguito l'attuale *status* di lavoratore:

(barrare con una X una delle tre opzioni)

- Lavoratore dipendente del settore privato  
 Lavoratore dipendente del settore pubblico  
 Lavoratore autonomo e libero professionista

\_\_\_\_\_

Data e luogo

X

\_\_\_\_\_

Firma dell'aderente

**Il presente modulo deve essere restituito, debitamente compilato e firmato, all'indirizzo sopra riportato.**