

MODULO DI DICHIARAZIONE DELLO *STATUS* DI LAVORATORE

POLIZZA/E N. _____

Dati dell'aderente

COGNOME	NOME		SESSO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RECAPITO TELEFONICO	E-MAIL			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (se diverso dalla residenza)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.