CATTOLICAPREVIDENZAPERLAPENSIONE

CATTOLICA
SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE
DAL 1896

MODULO
CAMBIO DATORE DI LAVORO

1. DATI DELL'ADERENTE	
Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	
Ha cessato il rapporto di lavoro con:	
ED È STATA/O ASSUNTA/O in data : / / da Firma Lavoratore_____	
2. DATI DEL NUOVO DATORE DI LAVORO	
Datore di Lavoro / Ragione Sociale (denominazione): indirizzo sede legale: via _____ cap _____ comune_____ prov. (____) indirizzo sede amministrativa: via _____ cap _____ comune_____ prov. (____)	
Codice Fiscale/P.Iva:	
Persona da contattare per chiarimenti:	
Tel. / Fax	Email
Data: / /	Timbro e Firma Datore di Lavoro

N.B.: l'incompleta compilazione del presente modulo comporta l'immediato rigetto della richiesta presentata.

ISTRUZIONI PER L'INVIO DEL MODULO

Il modulo compilato e sottoscritto va trasmesso in originale a mezzo posta a:
SOCIETÁ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE – SOCIETÁ COOPERATIVA
LUNGADIGE CANGRANDE 16 – 37126 VERONA
Si consiglia, comunque, di anticiparlo a mezzo fax al n. 045 8 372 317