Mod. RVANF

Istituto Postelegrafonici
Gestione Previdenziale
Viale Trieste 234
61100 PESARO

Protocollo

Richiesta di revoca dell'assegno per il nucleo familiare

Il/la sottoscritto/a

Dati anagrafici	Cognome																							
	Nome																							
	Nato/a il	**(gg/mm/aaaa)**																						
	A																				Prov.			
	Stato Civile							Matr.								Fascicolo								

Domicilio	Via																					N.ro		
	Città																					Prov.		
	Cap						**Numero Telefonico**																	
Residenza Fiscale	**Comune**																					Prov		

CHIEDE
LA REVOCA DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

A DECORRERE DAL								

Data_____ Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.
La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati -** Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 – 00144 Roma – altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.