



## Domanda di liquidazione polizze

N. ° Protocollo.....
Data.....

( Cognome e nome del richiedente )

**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. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo:

**al titolare dei dati:** Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 – 00144 Roma;

**al responsabile:** Ufficio per la privacy - Sig. Alessandro Bruni - Viale Asia, 67 – 00144 Roma -



## Richiesta di liquidazione polizze

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Provincia

Codice Fiscale

### Residente in:

Città – Località

Provincia

Indirizzo

N.°

CAP

Numero di telefono

Quale dipendente di Poste Italiane S.p.A. o Società collegate aderenti al C.C.N.L. di Poste Italiane S.p.A. chiede la liquidazione della Polizza:

Numero

Sottoscritta il

Per il seguente motivo :

Dimissionario dai fondi

Collocato in quiescenza in data \_\_\_\_\_

