IPA

Istituto di Previdenza e Assistenza per i dipendenti di Roma Capitale

VARIAZIONE

☐ **VARIAZIONE ANAGRAFICA**

Il sottoscritto in qualità di iscritto a codesto Istituto con la presente comunica variazione dei propri dati anagrafici come segue:

Cognome.....Nome .....

Nato/a .....il.....

Residente in Via/ P.zza .....

C.A.P..... Città.....Prov. .....

Tel./Cell. .....Dipendente di .....

N.Indiv./Matr.....E-mail .....

I dati sopra indicati sostituiscono quelli presenti in anagrafica

Allegare: copia di un documento in corso di validità

Data_____ **Firma**_____

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa inerente il trattamento dei propri dati personali e di averla già sottoscritta in conformità a quanto stabilito dal Regolamento Europeo 2016/679; dichiara, altresì, di averne compreso il contenuto e di essere pertanto a conoscenza che i propri dati saranno trattati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa in aderenza alle disposizioni del citato Regolamento

Firma_____

CONSEGNARE A : URP – VIA F. NEGRI,11

o

INVIARE VIA MAIL A: IPA.SPORTELLO@COMUNE.ROMA.IT