IPA

Istituto di Previdenza e Assistenza per i dipendenti di Roma Capitale

CANCELLAZIONE

☐ **RICHIESTA CANCELLAZIONE IPA**

Allegare: copia di un documento in corso di validità e copia dell'ultima busta paga

Il conferimento di tutti i dati personali presenti in questo modulo sono obbligatori ai fini della specifica finalità richiesta

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

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

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

C.A.P ..... Città.....Prov.....

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

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

Richiedo recessione dall'iscrizione con diritto alla restituzione dei soli contributi previdenziali effettivamente versati (Art. 3 Statuto IPA).

Segnalo di seguito coordinate bancarie (IBAN) a me intestate per l'accredito secondo le modalità previste dall'Istituto:

I T		COD.		CIN	ABI					CAB					NUMERO C/C											
I	T																									

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