Fondo Sanitario Integrativo
del Gruppo Intesa Sanpaolo

Al
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO
Piazza Affari,3
20123 MILANO

MODULO AGGIORNAMENTO CONTATTI

Io sottoscritta/o ……..

Codice Fiscale ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

Iscritto: ☐ **IN ESODO** ☐ **IN QUIESCENZA** ☐ **IN SERVIZIO LUNGOASSENTE**

N.B.: I dipendenti ***IN SERVIZIO*** devono comunicare le variazioni ad amministrazione del personale (tramite le specifiche procedure) che provvederà ad aggiornare le posizioni anagrafiche del Fondo Sanitario

CHIEDO

di censire e/o modificare nella mia posizione anagrafica aperta al Fondo Sanitario i seguenti recapiti/contatti:

◇ **Residenza** …….....

Città ..... Prov……. CAP .....

◇ **Domicilio** …….....

Città ..... Prov……. CAP .....

◇ **Telefono fisso** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Cellulare** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

◇ **Indirizzo e-mail primario***: ……...@.....…..……

◇ **Indirizzo e-mail secondario**: ……...@.....……

*: Prendo atto che, in caso di iscrizione anche all'Associazione Lavoratori Intesa Sanpaolo – ALI, il predetto indirizzo e-mail verrà aggiornato anche nell'Area riservata ALI.

data_____firma iscritto _____

AVVERTENZE

- Il presente modulo deve essere inoltrato alla casella anagrafe@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it indicando nell'oggetto il dato/i dati su cui si chiede l'intervento
- Il modulo deve essere compilato e sottoscritto
- Deve essere allegata copia di un documento d'identità in corso di validità recante una firma leggibile

Il mancato rispetto di quanto sopra specificato comporta il rigetto della richiesta di aggiornamento contatti