



Domanda di liquidazione polizze

N° prot.
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°

C.A.P.

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 _____

