

Autorizzazione

Io sottoscritto/a

Impresa

.....

Numero di assicurazione

.....

Cognome

.....

Nome

.....

Via/no./aggiunta

.....

CAP/Località (paese)

.....

Data di nascita

.....

Numero di assicurazione sociale

.....

E-mail per chiarimenti

.....

Numero di telefono per chiarimenti

.....

autorizzo con la presente la

**CPE Fondazione di previdenza Energia
Freigutstrasse 16, 8027 Zurigo**

a rilevare e comunicare tutti i miei dati personali e previdenziali a:

Nome del datore di lavoro / nome del consulente

.....

riguardo a

.....

La presente autorizzazione è valida per dodici mesi a decorrere dalla data della firma.

Luogo, data

.....

Firma

.....