Spett.le
Ufficio Previdenza e Stipendi
sportellodipendente@provincia.tn.it

REVOCA

"RICHIESTA DI NON ADESIONE AL FONDO SANITARIO SANIFONDS TRENTINO"

Il/la sottoscritto/a _____ matricola _____

Nato/a il _____ a _____

In servizio presso _____

COMUNICA

DI VOLER ADERIRE al Fondo Sanitario *Sanifonds Trentino* dall' 1 gennaio 2019 e pertanto ANNULLA la precedente comunicazione contraria.

Data _____

Firma _____

Inviare il seguente modulo utilizzando per la trasmissione una delle seguenti modalità:

1) via e-mail a sportellodipendente@provincia.tn.it utilizzando la casella di posta istituzionale;
2) via e-mail a sportellodipendente@provincia.tn.it utilizzando una casella di posta privata, allegando in questo caso copia di un documento di riconoscimento in corso di validità (carta identità, patente, ecc.)
3) per posta: Provincia Autonoma di Trento – Servizio per il Personale – Via Grazioli, 1 – 38122 Trento, allegando copia di un documento di riconoscimento in corso di validità (carta identità, patente, ecc.).

^^

Il modulo di iscrizione dovrà pervenire entro e non oltre il 15 maggio 2019 ed avrà efficacia a partire dal 1° gennaio 2019.

(dopo il 15 maggio 2019 eventuali revoche avranno effetto dal 1° gennaio 2020)