

RICHIESTA SOSTITUZIONE ASSEGNO DI LAVORATORE DECEDUTO

Spett.le Assistedil
Via Filonzi, 9
60131 Ancona

Il/la sottoscritto/a.....codice fiscale.....
nato/a ila.....prov.....
residente aprov.....tel.....
via.....n°.....
erede dicodice fiscale.....
nato a.....il

CHIEDE LA SOSTITUZIONE DELL'ASSEGNO INTESTATO AL LAVORATORE DECEDUTO

Allega i seguenti documenti:

- stato di famiglia premorte
- coordinate IBAN dell'erede richiedente
- certificato di morte

Autorizzazione degli eredi ad intestare gli assegni all'erede richiedente

• erede _____ firma _____
• erede _____ firma _____
• erede _____ firma _____
• erede _____ firma _____

Firma

....., lì.....
(LUOGO)

Con la presente il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del REG UE 2016/679 per le finalità previste dalla normativa contrattuale e di legge vigente ampiamente descritta nell'informativa pubblicata sul sito web della Cassa edile Ancona di cui prende atto.

Firma

....., lì.....
(LUOGO)