



1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome:	_____	Nome:	_____
Codice Fiscale:	_____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune di nascita:	_____	Prov.: ()	Tel.: _____
Indirizzo di residenza:	_____	CAP: _____	e-mail: _____
Comune di residenza:	_____	Provincia: ()	
Documento d'identità:	_____	N° Documento:	_____
Data di rilascio	____ / ____ / _____	Rilasciato da: _____	Scadenza _____ Località: _____

2. STATUS LAVORATORE

Professione:	_____	Categoria professionale
		<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo
		<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente
Area:		
<input type="checkbox"/> Privato		
<input type="checkbox"/> Pubblico		
Data prima occupazione:	____ / ____ / _____	

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. e sotto la propria esclusiva responsabilità, che quanto dichiarato nel presente modulo corrisponde a verità. E' altresì consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere.

Data Compilazione: / /

Firma: _____