



ADERENTE ALLA
FE.NA.CI. INPS

MODULO DI ISCRIZIONE

COGNOME _____

NOME _____

PROFESSIONE _____

DATA NASCITA _____ LUOGO _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO CASA _____

TELEFONO UFFICIO _____

CELLULARE _____

INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA _____

SE IMPIEGATO INPS, MATRICOLA _____

SEDE DI APPARTENENZA _____

TORINO, _____

FIRMA
