



ADERENTE ALLA  
**FE.NN.CI. INPS**

## MODULO DI ISCRIZIONE

**Anno 2026**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

DATA NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TELEFONO CASA \_\_\_\_\_

TELEFONO UFFICIO \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA \_\_\_\_\_

SE IMPIEGATO INPS, MATRICOLA \_\_\_\_\_

SEDE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

TORINO, \_\_\_\_\_

FIRMA

---

*Per la segreteria*

Registrata il \_\_\_\_\_ N° Tessera \_\_\_\_\_

Pagato

Bollino