

SEZIONE B - PRESTAZIONE DEFINITA
Modulo C - Comunicazione dati anagrafici – Ver 2026-01
C - COMUNICAZIONE DATI ANAGRAFICI - INDIRIZZI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A			
NATO/A A		IL	

COMUNICA

sotto la propria responsabilità, i seguenti dati:

RESIDENZA ANAGRAFICA (obbligatorio)		VALIDA DAL			
VIA/PIAZZA				N.	
CAP	LOC.		COMUNE		PROV
TEL ABIT				CELL	
EMAIL (*)					
DICHIARO DI NON ESSERE IN POSSESSO DI UN INDIRIZZO EMAIL (BARRARE CON "X")					

(*) obbligatorio per la visualizzazione dei propri cedolini su www.pensionati.intesasanpaolo.com e per la ricezione di eventuali comunicazioni

DOMICILIO FISCALE (obbligatorio)		VALIDO DAL			
VIA/PIAZZA				N.	
CAP	LOC.		COMUNE		PROV
TEL ABIT				CELL	

DOMICILIO CORRISPONDENZA (se diverso dalla residenza)		VALIDO DAL			
VIA/PIAZZA				N.	
CAP	LOC.		COMUNE		PROV
TEL ABIT				CELL	

Dichiaro di essere a conoscenza che le notizie di cui sopra verranno utilizzate per individuare le Amministrazioni Finanziarie cui versare le imposte trattenute sul proprio trattamento pensionistico integrativo.

Luogo e Data _____

Firma _____