

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 (*)							
DICHIO DI NON ESSERE IN POSSESSO DI UN INDIRIZZO EMAIL (BARRARE CON "X")							

(*) obbligatorio per la visualizzazione dei propri cedolini su www.pensionati.intesasampaolo.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 _____