

Eventuale diverso indirizzo per comunicazioni:

P.zza / Via _____; n° _____
Comune _____ (prov. _____) c.a.p. _____
Presso il Sig./Sig.ra _____
(spazio da compilare esclusivamente se soggetto diverso dal dichiarante)

Data _____

firma _____

AVVERTENZE

La presente dichiarazione può essere trasmessa a mezzo posta ordinaria o tramite fax al n. 06/48.29.46.48 corredata della copia di un documento d'identità in corso di validità. Per ulteriori informazioni può essere contattato il numero telefonico 06/48.29.48.29.

La presente dichiarazione dovrà essere compilata esclusivamente dal medico pensionato che non risulti iscritto all'Ordine professionale, ovvero dai familiari superstiti titolari di un trattamento pensionistico di reversibilità e/o indiretto.