



MODULO DA COMPILARE A CURA DELLA SEDE PROVINCIALE DELL'A.N.P.A.

DI _____

DICHIARAZIONE

Si dichiara che il/la _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ provincia di _____

Via _____

*Telefono _____

*Email _____

*Campi obbligatori

E' REGOLARMENTE ISCRITTO DAL _____

Data e timbro della Sede Provinciale

Il Coordinatore Provinciale

Inviare a assicurazione@fgu-ANPA.it –

[Comunicare l'avvenuto inoltrato ad Alessandro Carmelo 3401577522](mailto:Alessandro.Carmelo@fgu-ANPA.it)