

# SITO CPA

## RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO

In data ...../...../.....

.....  
(COGNOME E NOME)

.....a.....(.....)  
(DATA DI NASCITA) (LUOGO DI NASCITA) (PROV.)

(CODICE FISCALE)

.....(.....) – C.A.P.....  
(LUOGO DI RESIDENZA) (PROV.)

.....n°.....tel.....  
(INDIRIZZO)

e-mail.....

in servizio presso ..... tel .....

in pensione  superstite di .....

Ex ruolo  M.C.T.C.  M. M.  A. C.  LL. PP.

### CHIEDE

di essere accreditato al sito della Cassa di Previdenza ed Assistenza e di ricevere il proprio numero di codice presso l'indirizzo e-mail indicato.

.....  
(firma leggibile)