



**PERSEO SIRIO** Fondo nazionale pensione complementare dei Dipendenti Pubblici e Sanità  
Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n° 164 - Via degli Scialoja, 3 - 00196 Roma - numero di telefono +390685304484

Spazio riservato per il Fondo

## MODULO DI RICHIESTA NUMERO D'ISCRIZIONE

**DA INVIARE CON ALLEGATA LA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' A:**

**perseosirio@perseosirio.it**

DATI ADERENTE (Da compilare in tutte le parti)		
IO SOTTOCRITTA/O	Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data di nascita: ____/____/____
Comune di nascita:	Provincia: (_____)	
Telefono:	Cellulare (Facoltativo):	Indirizzo e-mail:
Indirizzo di residenza:	n°:	CAP:
Comune di residenza:	Provincia: (_____)	
Recapito per invio corrispondenza (da indicare solo se diverso da quello di residenza)		
Indirizzo di recapito	n°	CAP
Comune di recapito	Provincia (_____)	

## CHIEDO

**DI CONOSCERE IL NUMERO DI ISCRIZIONE AL LIBRO SOCI DEL FONDO, COSI'  
DA POTER ATTIVARE LA PROCEDURA DI RECUPERO DELLA PASSWORD**

Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### Consenso al Trattamento dei Dati Personali

Preso visione dell'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, **ACCONSENTO** al trattamento dei miei dati personali, comuni e sensibili, nonché alla loro comunicazione ed al loro trattamento funzionale all'esercizio dell'attività previdenziale complementare, ai sensi del D.Lgs.196/2003.

Firma: \_\_\_\_\_

**Nota bene:** compilare il presente modulo in tutte le sue parti.