

RICHIESTA DATI PER VALUTAZIONE PENSIONISTICA DI DIRIGENTE MEDICO

SERVIZIO GRATUITO A CURA DEL **CoAS MEDICI DIRIGENTI**

Cognome		Nome		Cod. Fisc.	
Residente in		Prov.	Via	N°.Civ.	C.A.P.
Domiciliato in		Prov.	Via	N°.Civ.	C.A.P.
Tel. Mobile		Recapito mail :			
Tel. Fisso		Iscritto Ordine Prov. di :		Con n°.	
Nascita Luogo		Nascita Data		Prov.	
Laurea		Data di Laurea			
1° Specializzazione		Data di 1° Spec.			
2° Specializzazione		Data di 2° Spec.			
Data di Prima Assunzione					
Interruzioni di Servizio	Da :	A :	Da :	A :	
Interruzioni di Servizio	Da :	A :	Da :	A :	
Città lavoro		(Prov.)	C.A.P.	Tel. lavoro	

Annualità di contribuzioni figurate :

Allegare copia dell'ultima busta paga.
--

- 1) Questa procedura è riservata esclusivamente agli Iscritti al **CoAS Medici Dirigenti**.
- 2) Il **CoAS** si impegna a custodire e trattare questi dati sensibili ai fini di una prima valutazione della situazione contributiva.
- 3) In base a questi dati, saranno segnalati all'Iscritto esclusivamente le migliori procedure da seguire, la sede più vicina del patronato cui rivolgersi per l'effettuazione della prestazione di assistenza.

<i>Timbro e Firma</i>
