

*Modello di rinuncia all'adesione alla polizza Assicurativa EMAPI*

Ente di Previdenza  
ed Assistenza pluricategoriale  
Via Vicenza 7  
00185 – Roma  
Fax n. 06/6964555

**Dichiarazione di rinuncia all'adesione/rinnovo alla polizza Assicurativa EMAPI**

Io sottoscritto ....., nato a .....,  
il ....., residente in .....Prov .....,  
c.f....., matricola n.....

dichiaro

sotto la mia responsabilità di non essere interessato alla sottoscrizione della polizza assicurativa EMAPI

Firmato.....

