



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

Ente di Previdenza  
ed Assistenza pluricategoriale  
Via del Tritone 169  
00187 – Roma  
Fax n. 06/6964555  
Fax n. 06/6964556

### **Dichiarazione di rinuncia all'adesione 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.....

