

**DOMANDA DI CONTRIBUZIONE VOLONTARIA****Mod. CVO***Il sottoscritto:*

Cognome	Nome	Sesso
---------	------	-------

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Stato civile	Codice fiscale
-------------------	-------	-----------------	--------------	----------------

*Residente in:*

Indirizzo	Comune	Prov.	CAP	Tel.
-----------	--------	-------	-----	------

*Domiciliato in: (da compilare se diverso dalla residenza)*

Indirizzo	Comune	Prov.	CAP	Tel.
-----------	--------	-------	-----	------

*Iscritto:*

Collegio IPASVI	N. iscrizione	Data iscrizione	Sigla collegio
-----------------	---------------	-----------------	----------------

Eventuale iscrizione altra forma di previdenza obbligatoria	Eventuale stato di quiescenza dal:
---	------------------------------------

Iscritto a codesta Cassa, n. iscrizione \_\_\_\_\_

Cancellato da codesto Ente, come da domanda di cancellazione presentata il \_\_\_\_\_

Richiede a codesto Ente l'autorizzazione al versamento di contributi volontari all'Ente stesso.  
Si allega alla presente il certificato di iscrizione al Collegio Ipasvi.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_