

**DOMANDA DI RIMBORSO CONTRIBUTI****Mod. RIM***Il sottoscritto:*

Cognome	Nome	Sesso	Stato civile
---------	------	-------	--------------

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

*Residente in:*

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

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

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

Iscritto alla Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza IPASVI dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Numero iscrizione \_\_\_\_\_

Chiede:

 il rimborso dei contributi versati in eccedenza

ovvero

 il rimborso dei contributi a seguito di annullamento d'iscrizione

Il sottoscritto richiede che il pagamento gli sia corrisposto mediante:

 accredito sul c/c bancario n. \_\_\_\_\_, c/o la Banca \_\_\_\_\_, Ag. n. \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, città \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_, codice ABI \_\_\_\_\_, codice CAB \_\_\_\_\_

 assegno circolare non trasferibile a lui intestato, da recapitarsi tramite servizio postale alla sua residenza.

Esonera codesta Cassa da ogni responsabilità derivante dallo smarrimento degli assegni o da illecita riscossione degli stessi da parte di terzi.

Allega le copie dei versamenti per i quali chiede il rimborso.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(Allegare copia di un documento di riconoscimento se la domanda non viene presentata direttamente agli uffici (art. 3, c. 11, L. 127/97, e successive modificazioni e integrazioni.)