

ALLA FONDAZIONE ENPAM  
DIPARTIMENTO DELLA PREVIDENZA  
FONDO DI PREVIDENZA GENERALE  
VIA TORINO 38  
00184 ROMA

SERVIZIO CONTRIBUTI MINIMI  
FAX 06/48294 913

**COMUNICAZIONE DI INDIRIZZO PER RECAPITO POSTALE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....

CODICE FISCALE ..... CODICE ENPAM .....

**DICHIARA**

DI VOLER RICEVERE LA CORRISPONDENZA AL SEGUENTE INDIRIZZO:

VIA/PIAZZA ..... N° .....

COMUNE ..... PROV ..... CAP .....

**ALLEGO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO VALIDO DI RICONOSCIMENTO**

DATA .....

FIRMA .....