

AUTOCERTIFICAZIONE STATUS LAVORATORE**Dati dell'Aderente (allegare obbligatoriamente copia documento d'identità)**

Cognome e nome	codice fiscale
Telefono	E mail

Dichiaro alla data di compilazione del presente modulo di essere:

<input type="checkbox"/> Dipendente settore privato	<input type="checkbox"/> Dipendente settore pubblico	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo / libero professionista	<input type="checkbox"/> Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al fondo	<input type="checkbox"/> Soggetto diverso da quelli precedenti
---	--	--	---	--

Luogo e Data	Firma dell'Aderente o dell'esercente la patria potestà (allegare fotocopia documento d'identità dell'esercente)
---------------------	--

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE DEVE ESSERE INVIATA AL FONDO:

UTILIZZANDO IL FORM-MAIL COLLEGANDOSI AL SITO INTERNET WWW.COREPENSION.IT SEZIONE [CONTATTI](#)

OPPURE VIA POSTA A CORE PENSION AMUNDI SGR SPA – c/o PREVINET SPA VIA E. FORLANINI 24 31022 PREGANZIOL TV