(DECESSO DELL'ADERENTE) rev.2016

In relazione al/alla sig./sig.ra _____ dipendente

di RISTO3, dal _____/_____/_____ ed impiegato/a con un contratto a tempo

◯ indeterminato ◯ determinato ◯ scolastico

Presso la struttura/mensa/ristorante _____

Codice Fiscale ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Nato/a a _____ prov. _____ il _____/_____/_____

residente a _____ in via _____ nr. _____

telefono __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/, cellulare __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

il/la sottoscritta sig/sig.ra _____, in qualità di _____

del soggetto defunto in data _____ /_____ /_____.

Con la presente **CHIEDE** al Consiglio d'Amministrazione di RISTO3-INSIEME di beneficiare del sussidio **(DECESSO DELL' ADERENTE);**

A tal fine dichiara:

1) Di aver sostenuto delle spese per il decesso dell'aderente, che si allegano;
2) Che la somma prevista venga accreditata sul proprio conto corrente bancario:

__/__

Data, _____/_____/_____ Firma _____

RISTO3-INSIEME – c/o RISTO3 - via del Commercio, 22, 38121 – TRENTO (TN)
Info: personale@risto3.it, tel. 0461 1734454