Mod.Accr.Pen

Servizio Prestazioni
Ufficio Gestione Prestazioni
Via Antoniotto Usodimare 31
00154 Roma

ACCREDITAMENTO PENSIONE

Il/La sottoscritto/a_____ Matricola_____

residente a_____ Prov. (____) C.A.P._____

via _____ n._____

Tel._____ Cell. _____/_____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Chiede che l'importo della pensione sia corrisposto

con accredito sul c/c bancario/postale acceso a proprio nome presso:

Istituto di credito/Uff. Postale _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Località _____ Prov. _____

Codice IBAN:

PAESE COD. CONTR. CIN ABI CAB CONTO CORRENTE

Codice SWIFT per pagamento verso Paesi Europei:

La presente richiesta, firmata e accompagnata dalla *fotocopia del documento di riconoscimento*, può essere inviata per email a help.agenti@enasarco.it oppure per posta a FONDAZIONE ENASARCO Servizio Prestazioni Via Antoniotto Usodimare 31 00154 Roma.

Le istanze senza documento di riconoscimento o incomplete NON verranno accettate.

Luogo e Data

Firma del richiedente