

Spett.le
Comitato Paritetico per la Formazione
e Riquilificazione Professionale
del Personale Dirigente di Poste Italiane S.p.A.
Segreteria Paritetica

e mail: comitataripariticodirigenti@posteitaliane.it
oppure
presso Poste Italiane S.p.A– RUO-GDS-AD
Viale Europa 175 - 00144 Roma

**Modulo richiesta di mantenimento della copertura assicurativa
di cui al punto 4, lettera f, dell'accordo del 4/4/2022
tra Poste Italiane e Assidipost-Federmanager**

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

CODICE FISCALE _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____ provincia _____

residenza (via/piazza) _____

comune _____ provincia _____ CAP _____

telefono _____ indirizzo e-mail _____

ex dirigente della Società _____ cessato dal servizio in data _____

dichiaro che, alla data di presentazione del presente modulo, non ha intrapreso attività lavorativa di tipo subordinato nel cui ambito siano riconosciuti benefits che prevedano polizze Vita

e richiede

il mantenimento della copertura assicurativa stipulata dall'Azienda e prevista dal vigente CCNL dei Dirigenti di Aziende Produttrici di Beni e Servizi in caso di morte per malattia non professionale, per un periodo di 5 anni. I beneficiari designati sono individuati secondo quanto riportato nell'allegato 6A; il sottoscritto e si impegna ad informare tempestivamente il Comitato nel caso in cui si modifichi il proprio stato di inoccupazione.

data _____

firma _____