

**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**

**AUTOCERTIFICAZIONE BENEFICIARI DESIGNATI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

che il proprio nucleo familiare è così composto:

	COGNOME E NOME	LUOGO NASCITA	DATA NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA	FISCALMENTE A CARICO (SI/NO)
1.					
2.					
3.					
4.					

Beneficiari designati:

- Eredi legittimi e/o testamentari
- Altro  
(indicare il/i nominativo/i con il relativo codice fiscale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto si obbliga altresì a comunicare tempestivamente ogni eventuale futura variazione del proprio nucleo familiare o di eventuali altri beneficiari designati sottoscrivendo ulteriore certificazione.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma per esteso e leggibile del/la dichiarante)