

RICHIESTA PRESTAZIONI

Spett.le **EPAR**
Ente Paritetico CIFA-CONF.S.A.L.
Sede operativa: Via Ludovisi,36 -00187 Roma
PEC: prestazioni@pec.epar.it

Sez. A (Anagrafica lavoratore)

Nome _____
Cognome _____
Cod. Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (allegare fotocopia)
Tipologia Doc. _____ rilasciato da _____ il _____
validità _____ (allegare fotocopia)
RESIDENZA
Via/P.zza _____ N. _____ CAP _____
Comune _____ Prov. _____
TEL. _____ e-mail* _____
Cell.* _____
*campi obbligatori

dipendente presso l'azienda _____ dal _____
matricola INPS* _____
con sede in _____ via _____
**(si veda busta paga)*

DICHIARA

- ☐ Di essere aderente ad EPAR

