

Prot. n. _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

via _____ codice fiscale _____

OPTA

(contrassegnare con una croce la casella che interessa)

☐ per la concessione dell'ASSEGNO MENSILE DI ASSISTENZA,
allegando dichiarazione dell'Ente erogatore di altra pensione attestante
l'avvenuta rinuncia al trattamento incompatibile dal _____;

☐ per la rinuncia dell'ASSEGNO MENSILE DI ASSISTENZA dal
_____;

Data _____

firma _____