



A.M.P.I.

sede legale : Via XX Settembre N.4 Roma - 00187

SEDE TERRITORIALE

DI _____

Oggetto: deleghe associative **A.M.P.I.** presentate presso la sede
territoriale INPS di _____ (Prov. di _____)

N°	Cognome e Nome	Data di nascita	Matricola INPS
1		/ /	
2		/ /	
3		/ /	
4		/ /	
5		/ /	
6		/ /	
7		/ /	
8		/ /	
9		/ /	
10		/ /	
11		/ /	
12		/ /	
13		/ /	
14		/ /	
15		/ /	
16		/ /	
17		/ /	
18		/ /	
19		/ /	
20		/ /	

_____ li, _____

Timbro del Sindacato

(Firma del Responsabile del tesseramento)