

Spettabile  
Ufficio Previdenza e Stipendi  
[sportellodipendente@provincia.tn.it](mailto:sportellodipendente@provincia.tn.it)

## REVOCA

“RICHIESTA DI NON ADESIONE AL FONDO SANITARIO SANIFONDS TRENINO”

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_

Con la qualifica di \_\_\_\_\_

## COMUNICA

**DI VOLER ADERIRE al Fondo Sanitario Sanifonds Trentino dall' 1 gennaio 2024 e pertanto ANNULLA la precedente comunicazione contraria.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Inviare il seguente modulo utilizzando per la trasmissione una delle seguenti modalità:

1. via e-mail a [sportellodipendente@provincia.tn.it](mailto:sportellodipendente@provincia.tn.it) utilizzando la casella di posta istituzionale;
2. via e-mail a [sportellodipendente@provincia.tn.it](mailto:sportellodipendente@provincia.tn.it) utilizzando una casella di posta privata, allegando in questo caso copia di un documento di identità;
3. per posta: Provincia Autonoma di Trento – Servizio per il Personale – Via Grazioli 1 – 38122 Trento, allegando copia di un documento d'identità.

---

***Il modulo d'iscrizione dovrà pervenire entro e non oltre il 30 aprile 2024 ed avrà efficacia a partire dal 1° gennaio 2024.***

***(dopo il 30 aprile eventuali revoche avranno effetto dal 1° gennaio 2025)***