

DATA: _____

SOCIETA' ALSTOM FERROVIARIA Spa
 ALSTOM SERVICES ITALIA Spa
 BOMBARDIER TRANSPORTATION Spa

SITO _____

ISCRIZIONE POLIZZA SANITARIA INTEGRATIVA QUADRI ALSTOM

Il sottoscritto _____ ID ALPS _____
nato a _____ il _____ codice fiscale _____

dichiara

di volersi iscrivere con decorrenza 1 Gennaio 2023 alla Polizza Sanitaria Integrativa per il personale con qualifica di Quadro del Gruppo Alstom e di aver preso integrale visione del Regolamento Aziendale che istituisce e regola la suddetta Polizza Sanitaria

Data, _____ Firma _____