

# Modulo di Comunicazione Cambio Indirizzo di Residenza

## A. Dati del(i) Richiedente(i) (Scrivere in STAMPATELLO)

### Primo Richiedente

Sig./Sig.ra/altro
Nome(i) (per esteso)
Cognome
Data di nascita
Luogo di nascita
Codice fiscale
Indirizzo di residenza
Via _____ Nr. _____
CAP
Città
Paese di residenza

### Secondo Richiedente

Sig./Sig.ra/altro
Nome(i) (per esteso)
Cognome
Data di nascita
Luogo di nascita
Codice fiscale
Indirizzo di residenza
Via _____ Nr. _____
CAP
Città
Paese di residenza

## B. Nuovo indirizzo del(i) Richiedente(i)

Via _____ Nr. _____
CAP
Città
Paese di residenza
Se diverso dalla Residenza, specificare il domicilio fiscale (il centro dei propri interessi sociali, familiari ed economici).

Via _____ Nr. _____
CAP
Città
Paese di residenza
Se diverso dalla Residenza, specificare il domicilio fiscale (il centro dei propri interessi sociali, familiari ed economici).

**Note:** Qualora il(i) Richiedente(i) corrisponda al Contraente(i), il(i) Richiedente(i) accetta(accettano) che tutte le comunicazioni da Clerical Medical saranno inviate al Primo Richiedente all'indirizzo di residenza sopra indicato.  
Il(i) Richiedente(i) accetta(accettano) altresì che eventuali indirizzi di corrispondenza precedentemente comunicati a Clerical Medical mediante Modulo di Proposta resteranno invariati.

## C. Firma del(i) Richiedente(i)

Firma Primo(i) Richiedente(i)
Se si tratta di una società, specificare la carica del firmatario autorizzato
Data

Firma Secondo(i) Richiedente(i)
Se si tratta di una società, specificare la carica del firmatario autorizzato
Data