

ELENCO RIEPILOGATIVO DEI FAMIGLIARI BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI
(conforme allo stato di famiglia)

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con dipendente	Codice Fiscale

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con dipendente	Codice Fiscale

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con dipendente	Codice Fiscale

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con dipendente	Codice Fiscale

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con dipendente	Codice Fiscale

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con dipendente	Codice Fiscale

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con dipendente	Codice Fiscale

Luogo e data _____, ____/____/____

Firma del dipendente
