

Conferma delle notifiche fiscali

Contratto n. /

Datore di lavoro Nome e sede

Persona assicurata

Nome

Cognome

Numero d'assicurato

Obbligo fiscale

Con la presente la persona assicurata conferma di essere la sola responsabile per le notifiche fiscali alle relative autorità tributarie nonché per il pagamento di tutti gli obblighi fiscali risultanti dalla riscossione di prestazioni.

Firma

Data

Firma