

da inviare a mezzo mail/fax contestualmente all'attivazione della copertura assicurativa  
info@condifesave.it fax 041971952

**RIFIUTO ADESIONE  
FONDI MUTUALISTICI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ rappresentante dell'az.agr. \_\_\_\_\_  
**socio n°** \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di non voler aderire per l'anno \_\_\_\_\_ ai fondi mutualistici gestiti dall'associazione  
interregionale «Agrifondo Mutualistico» e proposti dal Condifesa Venezia.

In fede.

IL SOCIO DICHIARANTE

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_