

Allegato alla dichiarazione di affiliazione per persone fisiche

Notifica delle persone annunciate

Le seguenti persone esercitano un'attività subordinata con o presso il sottoscritto:

Cognome	Nome	Attinenza /nazionalità	Domicilio	Avvocato e/o notaio (se applicabile)	Data di nascita	Membro dell'organo su- premo di dire- zione e funzione	Affiliazione alla FSA e/o alla FSN (se applicabile)	Indirizzo e-mail

Luogo, Data

Nome del richiedente

Firma¹

.....

.....

.....

¹ L'allegato alla dichiarazione di affiliazione deve essere firmato e spedito in originale per posta all'OAD al seguente indirizzo: OAD FSA/FSN, Spitalgasse 40, 3011 Berna.