



Modulo delegato ad operare

GENERALITÀ DEI PARTECIPANTI

INTESTATARIO **TITOLARE EFFETTIVO**

Cognome e Nome / Ragione o denominazione sociale		
Codice Cliente	Codice Fiscale / Partita IVA	

COINTESTATARIO **LEGALE RAPPRESENTANTE** **PROCURATORE**

Cognome e Nome / Ragione o denominazione sociale		
Codice Cliente	Codice Fiscale / Partita IVA	

COINTESTATARIO **LEGALE RAPPRESENTANTE** **PROCURATORE**

Cognome e Nome / Ragione o denominazione sociale		
Codice Cliente	Codice Fiscale / Partita IVA	

COINTESTATARIO **LEGALE RAPPRESENTANTE** **PROCURATORE**

Cognome e Nome / Ragione o denominazione sociale		
Codice Cliente	Codice Fiscale / Partita IVA	

Delega / delegano

DATI DELEGATO/A

Cognome e Nome		Codice cliente	Numero di telefono		
Data di nascita	Comune di nascita / sede sociale	Provincia	Stato	Cittadinanza	
Indirizzo di residenza		Comune di residenza	CAP	Provincia	Stato
Codice Fiscale / Partita IVA		Documento di riconoscimento esaminato:			
		<input type="checkbox"/> carta d'identità <input type="checkbox"/> patente di guida <input type="checkbox"/> passaporto <input type="checkbox"/> altro (specificare)			
Numero	Data rilascio	Rilasciato da	Data di scadenza	Indirizzo e-mail	

Ad operare per suo conto conferendogli ogni più ampia facoltà, compresi anche relativa ad eventuali operazioni di rimborso, manlevando sin da ora la società da qualsiasi operazione da questi compiuta. Ciò fino ad espressa revoca, che avrà effetto al più tardi nei confronti della società entro 5 giorni lavorativi dalla data di ricevimento della relativa comunicazione scritta da parte della Banca incaricata dei pagamenti.

Il sottoscritto dichiara che il delegato ha ricevuto il prospetto semplificato e il modulo di sottoscrizione.

a valere su:

Tutti i rapporti e servizi annessi **i seguenti rapporti e servizi annessi**

Indicare il numero di rapporto _____

Indicare il numero di rapporto _____

Indicare il numero di rapporto _____

FIRME

Avvertenza: il sottoscrittore ha la facoltà di ottenere, su richiesta, le parti I, II e III del Prospetto Completo e il Regolamento di gestione dei Fondi. Dichiaro di aver ricevuto e di aver preso visione del Prospetto Semplificato relativo al Fondo oggetto di sottoscrizione.

Intestatario	Cointestatario	Delegato/a	Cod. rete/sede/operatore	Cod. Promotore / Filiale
Operatore (rete/sede/altro) per identificazione e regolarità della delega		Timbro e Firma	Nome e cognome	

che dichiarano di aver assolto personalmente gli obblighi di adeguata verifica in conformità alle vigenti disposizioni in materia di contrasto del fenomeno del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/2007 e provvedimenti attuativi).

copia per AcomeA SGR S.p.A.

copia per Dipendenza

copia per Operatore (Incaricato, Promotore Finanziario, altro)

copia per Sottoscrittore