



Spettabile: **AcomeA SGR S.p.A.**
Largo G. Donegani, 2 - 20121 Milano
www.acomea.it

Luogo e data _____

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:

carta d'identità patente di guida passaporto 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