CONJOINTS

NOM	PRENOM	DATE DE MARIAGE	LIEU DE MARIAGE

ENFANTS

NOM	PRENOM	DATE ET LIEU NAISSANCE	NOM MERE /PERE

Je soussigne……
Déclare que les renseignements ci – dessous sont exacts, demande mon affiliation au régime de l'assurance volontaire de l'INPS, conformément à la loi N° 99-047 du 28 Décembre1999 et m'engage à l'informer de tout changement de ma situation civil ou professionnelle