

SOSPENSIONE DEL VERSAMENTO DELLA CONTRIBUZIONE A CARICO DEL LAVORATORE

1. DATI DELL'ISCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune (st. estero) di nascita: _____ Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()

2. SOSPENSIONE CONTRIBUZIONE

Preso atto di quanto previsto dallo Statuto e dalla Nota Informativa del Fondo Pensione, chiedo di *(barrare alternativamente una delle due alternative di seguito illustrate)*:

☐ sospendere il versamento della contribuzione a mio carico; sono consapevole che, in tal caso, verrà meno l'obbligo contributivo a carico del mio datore di lavoro. In ogni caso, continuerà l'afflusso al Fondo del TFR maturando

☐ sospendere il versamento della contribuzione aggiuntiva, fermo restando il contributo minimo a mio carico previsto dalle Fonti Istitutive

N.B.

La domanda di sospensione della contribuzione a carico del lavoratore deve essere presentata al Fondo entro e non oltre il 30 novembre dell'anno di riferimento e la sospensione avrà efficacia a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Data Compilazione: ____/____/_____
(riservato all'azienda)

Firma: _____

Denominazione Azienda.....Codice Azienda.....Num.Matricola aziendale dip.....

Data ricezione domanda...../...../.....

Timbro e firma.....