

MODULO SOSPENSIONE/RIATTIVAZIONE CONTRIBUZIONE

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/RIATTIVAZIONE CONTRIBUZIONE

Il/La sottoscritto/a comunica che intende sospendere/riattivare la propria contribuzione al Fondo Pensione ⁽¹⁾

Data decorrenza sospensione : ___ / ___ / _____

Data Compilazione: ___ / ___ / _____

Firma: _____

3. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

Denominazione Azienda

L'ultimo versamento dei contributi al Fondo per il lavoratore sarà eseguito con la distinta di contribuzione di

Data di ricevimento : ___ / ___ / _____ Timbro e firma Azienda: _____

4. NOTE

(1) facoltà esercitabile in costanza dei requisiti di partecipazione come previsto all'articolo 8 co. 7 dello Statuto
"In costanza del rapporto di lavoro l'aderente ha facoltà di sospendere la contribuzione a proprio carico, con conseguente sospensione dell'obbligo contributivo a carico del datore di lavoro, fermo restando il versamento del TFR maturando al Fondo. E' possibile riattivare la contribuzione in qualsiasi momento."