

1. DATI DELL'ADERENTE

(compilazione a cura dell'aderente)

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune di nascita: _____ Prov: (____) Tel.: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: (____)

2. OPZIONE PRESCELTA per il trasferimento della posizione individuale

(compilazione a cura dell'aderente)

- A)** **TRASFERIMENTO per cessazione dei requisiti di partecipazione**, a seguito della cessazione dell'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo Pensione
- B)** **TRASFERIMENTO VOLONTARIO** senza che sia cessata l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo Pensione ed in presenza di almeno due anni di partecipazione al Fondo Pensione

Forma Pensionistica complementare di destinazione:

Denominazione: _____
Indirizzo completo: _____ Tel.: _____
Indirizzo e-mail: _____

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

(compilazione a cura dell'aderente)

Data 1^a iscrizione a forme pensionistiche complementari: ____ / ____ / ____ Contributi non dedotti non ancora comunicati: € _____**4. COORDINATE BANCARIE DEL FONDO RICEVENTE**

(compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente)

Codice **IBAN** : _____
(compilare INTEGRALMENTE) Cod. Paese Cod. Controllo CIN ABI (5 caratteri numerici) CAB (5 caratteri numerici) Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)

Banca e Filiale: _____ Intestato a: _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di:

- essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione di trasferimento della posizione individuale
- di essere a conoscenza che la portabilità della eventuale contribuzione di fonte datoriale è consentita nei limiti e secondo le modalità stabilite dai contratti o accordi collettivi, anche aziendali.

E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data Compilazione: / /

Firma: _____

5. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

(compilazione e sottoscrizione a cura dell'azienda ovvero del lav.aut.mo aderente)

Denominazione Azienda e codice/matricola aziendale del lavoratore dip.te: _____
Età pensionabile stabilita nel regime obbligatorio di appartenenza dell'aderente: _____
Data cessazione attività: ____ / ____ / ____ Aliquota T.F.R. (solo "vecchi iscritti"): _____ %
Quota esente fino al 31/12/2000: € _____ Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000 (solo "nuovi iscritti"): _____
Importo ultimo contributo dovuto al Fondo Pensioni: € _____ In data: ____ / ____ / ____

Timbro e firma del datore di lavoro: _____**NOTA BENE:** L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

