Spettabile Società

_____

_____

RICHIESTA DI VARIAZIONE VERSAMENTO A CARICO DEL DIRIGENTE

Io sottoscritto/_____ C.I.D. _____

Società _____ Impianto/Residenza di servizio _____

assunto/a il _____ Telefono _____ e-mail _____

CODICE FISCALE _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| sesso F ☐ M ☐

A norma dello Statuto del Fondo Pensione FNM e degli accordi contrattuali autorizzo la Società a trattenere un contributo a mio carico, come sotto specificato, per quattordici mensilità.
Come previsto dal Regolamento del Fondo Pensione FNM, mi riservo la facoltà di sospendere il suddetto versamento.
Resta convenuto che nessun compenso Vi sarà da me dovuto per l'esecuzione del presente mandato.

VERSAMENTO QUOTA INDIVIDUALE (FACOLTATIVO)

(barrare la casella relativa al contributo volontario prescelto)

2% ☐ **3%** ☐ **4%** ☐ **5%** ☐ **6%** ☐ **7%** ☐ **8%** ☐ **9%** ☐ **10%** ☐

11% ☐ **12%** ☐ **13%** ☐ **14%** ☐ **15%** ☐ **16%** ☐ **17%** ☐ **…….%** ☐

Importo fisso mensile per 15 mensilità €. …….....,00 (Euro ……......./00)
(in lettere)

DICHIARO di essere a conoscenza delle disposizioni vigenti in materia fiscale che regolano la contribuzione volontaria.

DELEGO pertanto l'Azienda a prelevare dalla retribuzione tale contributo aggiuntivo e a versarlo a Fondo Pensione FNM, fino a diversa comunicazione.

La presente annulla e sostituisce le precedenti comunicazioni.

Firma dell'Iscritto

data _____ _____

DATI RIGUARDANTI IL DATORE DI LAVORO (da compilarsi a cura del datore di lavoro)

Data ricevimento _____ Timbro e firma _____

ORIGINALE PER IL DATORE DI LAVORO – COPIA PER IL FONDO PENSIONE FNM – COPIA PER IL SOCIO