

Spettabile Società

RICHIESTA DI VARIAZIONE VERSAMENTO PER I SOGGETTI FISCALMENTE A CARICO

Dati del fiscalmente a carico:

Cognome Nome _____ Cod. Aderente _____

CODICE FISCALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Dati di chi effettua il versamento:

Io sottoscritto/a _____ 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.

Importo fisso mensile (importo minimo di € 10) per 14 mensilità €.,00
(€/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'Isritto

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