

**CONFERIMENTO TFR RESIDUO PER LAVORATORE DIPENDENTE****DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO**

Cognome										Nome									
Codice Fiscale															Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Nato a					Prov.					Stato					il				
Residente a										Prov.									
Via/Piazza										Cap									
Telefono fisso					Cellulare					e-mail									

**SCELTA SUL TFR**

Il sottoscritto che attualmente versa a Previdenza Cooperativa la percentuale del proprio TFR prevista dal contratto nazionale di appartenenza **CHIEDE** di conferire al fondo la totalità del TFR maturando.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'aderente \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL DATORE DI LAVORO**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_



**IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E INVIATO PER POSTA CARTACEA, PEC O POSTA ELETTRONICA a Fondo Pensione PREVIDENZA COOPERATIVA**

**PER POSTA****Via Carlo Bartolomeo Piazza, 8  
00161 Roma****PER POSTA ELETTRONICA  
CERTIFICATA****previdenzacooperativa@pec.it****PER POSTA ELETTRONICA****protocollo@previdenzacooperativa.it**

L'incompleta compilazione o la mancata sottoscrizione del modulo o la sua incompletezza comportano il rigetto della domanda presentata.

Il conferimento del TFR a Previdenza Cooperativa decorre dal ricevimento del presente modulo da parte del datore di lavoro