

ISCRITTI - ATTIVAZIONE CONTRIBUZIONE**DATI ANAGRAFICI**

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									

VERSAMENTO A PROPRIO CARICO

Preso atto di quanto previsto dallo Statuto e dalla Nota Informativa del Fondo Pensione in termini di percentuali minime di contribuzione

SCELGO di versare in aggiunta al Tfr un contributo a mio carico pari a :

SCELTA SUL CONTRIBUTO	
<input type="checkbox"/>	il contributo minimo previsto dal CCNL nazionale di appartenenza
<input type="checkbox"/>	in alternativa a quello minimo previsto, un contributo superiore pari al _____ , _____ %

DELEGO il datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione i contributi prescelti ed a provvedere al relativo versamento al Fondo con le modalità e secondo i termini previsti dallo Statuto.

Preso visione dell'informativa allegati relativa al trattamento dei dati ai sensi dell'art .13 del Regolamento UE 2016/679

Data _____

Firma dell'Aderente _____



Apporre le firme dove indicato dal simbolo e dall'indicazione: Firma dell'Aderente e consegnare al datore di lavoro per la compilazione della sezione ad esso riservata.

L'incompleta compilazione del modulo o la mancanza della firma previsto comporta il rigetto dello stesso

SEZIONE RISERVATA AI DATI DELL'AZIENDA (compilazione a cura dell'azienda)

Ragione sociale					Codice azienda									
Codice fiscale/partita IVA														
Fonte Istitutiva (Contratto, accordo, regolamento)														
Data ricevimento della domanda										Il datore di lavoro (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 POSTAVia Carlo Bartolomeo Piazza, 8
00161 Roma**PER POSTA ELETTRONICA
CERTIFICATA**

previdenzacooperativa@pec.it

PER POSTA ELETTRONICA

protocollo@previdenzacooperativa.it



ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

attivazione contribuzione

SEZIONE RISERVATA AL LAVORATORE

Compila in stampatello in modo chiaro e leggibile e **Firma** negli spazi indicati. L'adesione può avvenire esclusivamente a seguito della sottoscrizione del presente Modulo, compilato in ogni sua parte. L'incompleta compilazione o la mancanza delle firme previste comporta il rigetto della domanda presentata.

DATI ANAGRAFICI

Indica correttamente tutti i dati richiesti.

VERSAMENTO A PROPRIO CARICO

I lavoratori possono versare, a partire dalla contribuzione minima stabilita dal contratto nazionale di appartenenza, la loro contribuzione in percentuale libera sulla loro retribuzione utile ai fini del TFR. Occorre tener conto che è fiscalmente deducibile dal reddito, sommando il proprio contributo e quello dell'azienda, un importo fino a euro 5.164,57. (Per maggiori informazioni vedi il documento sul regime fiscale disponibile sul sito del Fondo.) La trattenuta in busta paga decorre dal mese successivo a quello di consegna del presente modulo in azienda e dà diritto alla contribuzione a carico del datore di lavoro. Scegli fra le tre opzioni proposte.

- opzione a. versi il contributo minimo a tuo carico previsto dal contratto di appartenenza;
- opzione b. versi volontariamente un contributo superiore a quello minimo e devi indicare la percentuale prescelta;

Il lavoratore è tenuto a leggere l'informativa allegata al modulo prima di apporre la propria firma.

PER INFORMAZIONI CHIAMARE



199 280909

Il costo del servizio legato al numero 199 28 09 09 è paragonabile, per chi chiama da rete fissa, a quello di una chiamata urbana:

- da rete fissa 2,4 centesimi di euro al minuto e di 6 centesimi di euro alla risposta (iva inclusa);
- da rete mobile di 15 centesimi di euro alla risposta, per la conversazione dipende dal gestore di appartenenza (iva inclusa)

SEZIONE RISERVATA AL DATORE DI LAVORO

Compilare in stampatello in modo chiaro e leggibile, firmare nello spazio indicato.

- **Verificare l'esattezza dei dati** indicati dal lavoratore rispetto alla qualifica indicata.
- **Controllare** che il modulo sia **compilato in modo chiaro e leggibile e firmato** dal lavoratore [N.B. il lavoratore deve apporre due firme]
- **Denominazione azienda:** In caso di invio multiplo non è necessario ripetere i dati dell'azienda, ma controfirmare sempre il modulo che comprende anche il consenso al trattamento dei dati del datore di lavoro.
- **Codice azienda:** inserirlo sempre: richiederlo al Fondo se non se ne è ancora in possesso.
- **Fonte istitutiva:** indicare il contratto di lavoro o l'accordo applicato. Compilare sempre se si tratta di azienda che applica più contratti. Se si tratta di azienda che applica un unico contratto o accordo compilare solo la prima volta.
- **Trattenere una copia** per il datore di lavoro conservandola nel rispetto delle norme previste dalla normativa vigente.
- **Inviare** a Previdenza Cooperativa **entro 30 giorni** dal ricevimento della domanda.
- La domanda produce effetti a partire dal periodo di paga del mese successivo a quello della presentazione.