

RIATTIVAZIONE CONTRIBUZIONE

CAUSA DELLA RIATTIVAZIONE

<input type="checkbox"/> Cambio azienda	<input type="checkbox"/> Riassunzione	<input type="checkbox"/> Seconda attività
---	---------------------------------------	---

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	

DATI AZIENDA DI PROVENIENZA (Compilare solo nel caso di cambio azienda)

Ragione Sociale	Codice azienda
Data cessazione rapporto di lavoro: ___/___/___	

DATI NUOVO RAPPORTO DI LAVORO

Ragione Sociale	Codice azienda
Data inizio rapporto di lavoro: ___/___/___	Prima occupazione <input type="checkbox"/> Anteriore al 28/4/1993 <input type="checkbox"/> Successiva al 28/0/1993

SCelta CONTRIBUZIONE

Chiedo di riattivare i versamenti contributivi a PREVIDENZA COOPERATIVA come segue (compilare alternativamente una delle due opzioni):

Opzione A

scelgo di versare un contributo a mio carico pari al: _____ % della retribuzione utile ai fini del TFR

scelgo di versare una quota di TFR maturando pari al:

la percentuale minima stabilita dalla contrattazione collettiva solo per lavoratori di prima occupazione ante 28/04/1993 e che già hanno scelto tale percentuale nel precedente rapporto di lavoro

100%

Opzione B

scelgo di versare la sola quota di TFR maturando pari al:

la percentuale minima stabilita dalla contrattazione collettiva solo per lavoratori di prima occupazione ante 28/04/1993 e che già hanno scelto tale percentuale nel precedente rapporto di lavoro

100%

DELEGO il mio datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione e dalla quota annuale del mio TFR i contributi indicati ed a provvedere al relativo versamento a Previdenza Cooperativa. Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali di cui all'Art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni, nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazioni o uso di atti falsi.

Data _____

Firma dell'Aderente _____



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

Ragione sociale	Codice azienda
Codice fiscale/partita IVA	
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 POSTA



**Via 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

Per il lavoratore che, in un precedente rapporto di lavoro, abbia già optato per il conferimento del TFR a Previdenza Cooperativa e che non abbia operato il riscatto integrale della posizione individuale, la scelta a suo tempo effettuata rimane efficace anche nei successivi rapporti di lavoro (deliberazione Covip 24/04/2008).

Il lavoratore riassunto, pertanto, entro sei mesi dall'assunzione può chiedere di riattivare la contribuzione a PREVIDENZACOOPERATIVAER compilando il presente modulo e consegnandolo al datore di lavoro.

IL PRESENTE MODULO PERTANTO DEVE ESSERE COMPILATO NEI SEGUENTI CASI:

- assunzione di un lavoratore proveniente da altra azienda associata e già iscritto al fondo (anche nel caso in cui il lavoratore abbia due rapporti di lavoro contemporaneamente),
- riassunzione lavoratore già iscritto al fondo (p.es.: contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, etc.).

LA CONTRIBUZIONE: la percentuale di contribuzione a proprio carico è liberamente determinabile dall'iscritto fermo restando l'ammontare minimo previsto dal CCNL di riferimento. La trattenuta in busta paga decorre dal mese successivo a quello di consegna del modulo in azienda e dà diritto alla contribuzione a carico del datore di lavoro. Per i lavoratori con contratto di lavoro a tempo determinato, la contribuzione può essere riattivata solo se il lavoratore svolgerà nell'anno solare di riferimento attività lavorativa per un periodo complessivamente pari o superiore a tre mesi.

IL TFR: i lavoratori che, in relazione a precedenti rapporti di lavoro, abbiano destinato a Previdenza Cooperativa la percentuale minima stabilita dalla CCNL del TFR possono confermare tale scelta, in alternativa all'intero TFR. Il trattamento di fine rapporto verrà destinato a Previdenza Cooperativa con decorrenza dalla data di assunzione.

LA QUOTA DI ISCRIZIONE: in caso di cambio di datore di lavoro non è dovuta la quota di iscrizione al Fondo..

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)