PREVIDENZA COOPERATIVA
Iscrizione Albo Covip N.170

ATTIVAZIONE - VARIAZIONE ALIQUOTA CONTRIBUTIVA

DATI ANAGRAFICI

Cognome							Nome										
Codice Fiscale																	Sesso: ☐ M ☐ 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

DELEGO

il datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione mensile e a versare con le modalità e secondo i termini previsti dallo Statuto una percentuale della retribuzione imponibile pari a:

SCELTA SUL CONTRIBUTO	
❑	il contributo minimo previsto dal CCNL nazionale di appartenenza
❑	un contributo superiore pari al _____,____ %, comprensivo di quello minimo previsto dal contratto o accordo o regolamento _

I Suoi dati saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, del D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i., come da informativa ricevuta in fase di adesione, disponibile anche sul sito web del Fondo e/o all'interno dell'area riservata.

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 O PEC a Fondo Pensione PREVIDENZA COOPERATIVA

POSTA
Via Carlo Bartolomeo Piazza, 8
00161 Roma

PEC
previdenzacooperativa@pec.it

PREVIDENZA COOPERATIVA
Iscrizione Albo Covip N.170

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

attivazione – variazione 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

04221745957 - **Il costo del servizio telefonico è paragonabile a quello di una chiamata da rete fissa e la tariffazione dipende dal proprio operatore di telefonia fissa o mobile.**

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.