

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										Num.					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

A DECORRERE DAL: _____.

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 _____



SPAZIO RISERVATO AL DATORE DI LAVORO

Data _____

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



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

