PREVIDENZA COOPERATIVA

Iscrizione Albo Covip N.170

SPAZIO RISERVATO AL FONDO

CONFERIMENTO TFR RESIDUO PER LAVORATORE DIPENDENTE

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO

Cognome							Nome										
Codice Fiscale																	Sesso: ☐ M ☐ 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