

Modulo attivazione contribuzione del Lavoratore e del Datore di lavoro

(In caso di adesione esplicita con conferimento di solo TFR)

DATI DELL'ADERENTE già associato a PrevAer tramite il solo conferimento della quota di TFR

Cognome (io sottoscritto/a)		Nome	
Nata/o a		Prov. () il	
Residente a		CAP Prov ()	
Via	n.	C.F.	
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) in			
Via	n.	CAP	Prov ()
Recapito telefonico		E-Mail (leggibile)	
Dipendente dell'Azienda:			
Città	Indirizzo	CCNL applicato	CTI <input type="checkbox"/> CTD <input type="checkbox"/>
Desidero ricevere la corrispondenza: <input type="checkbox"/> In formato cartaceo		<input type="checkbox"/> In formato elettronico via e-mail	

TITOLO DI STUDIO

<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Licenza media inferiore	<input type="checkbox"/> Diploma professionale
<input type="checkbox"/> Diploma media superiore	<input type="checkbox"/> Diploma universitario/laurea triennale	<input type="checkbox"/> Laurea/laurea magistrale	<input type="checkbox"/> Specializzazione post-laurea

Delego l'Azienda a **trattenere dalla mia retribuzione la Contribuzione e la misura del TFR stabilita dagli accordi Contrattuali** e a versarla a PrevAer. **In aggiunta a tale contribuzione CHIEDO di versare:**

- Contribuzione a mio carico aggiuntiva a quella contrattuale pari al % sulla medesima base contributiva stabilita per la contribuzione contrattuale.

Dichiaro di assumere la responsabilità della completezza e veridicità delle informazioni fornite e mi impegno a comunicare ogni successiva variazione e di impegnarsi ad osservare le disposizioni previste dallo Statuto e della Nota Informativa;
Dichiaro di essere a conoscenza che, nel caso in cui la posizione individuale rimanga priva del tutto di consistenza per un anno, l'aderente può perdere la propria qualifica; in tali casi infatti il fondo può avvalersi della clausola risolutiva espressa comunicando all'aderente, almeno 60 giorni prima del decorso del termine, che provvederà alla cancellazione dello stesso dal libro degli aderenti, salvo che questi effettui un versamento prima del decorso del suddetto termine.

Data **Firma del Lavoratore**

SPAZIO RISERVATO ALLA RACCOLTA :

Il modulo raccolto presso:

Fondo Azienda Altro (indicare).....

Incaricato raccolta

Recapito telefonico.....Recapito e-mail

Data **Firma incaricato**

Il modulo dovrà essere consegnato agli Uffici dell'Azienda o del Fondo. In ogni caso l'Iscritto riceverà copia del modulo.

PARTE RISERVATA AZIENDA O FONDO

Data **Firma/ timbro Fondo / Azienda** (leggibile)