

MODULO PERDITA QUALIFICA DI FISCALMENTE A CARICO

1 . DATI DEL LAVORATORE ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: _____
Comune (st. estero) di nascita: _____ Provincia: () Telefono: _____

2 . DATI DEL FAMILIARE NON PIÙ A CARICO DEL LAVORATORE ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: _____
Comune (st. estero) di nascita: _____ Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()

3 . DICHIARAZIONE PERDITA DI QUALIFICA

COMUNICO che dal _____ non sono più fiscalmente a carico del _____

Data di Compilazione: _____ Firma: _____
Firma del familiare non più a carico se maggiorenne e capace:

Data di Compilazione: _____ Firma: _____
Firma di chi esercita la potestà genitoriale e/o di chi ha la tutela nel caso di soggetto fiscalmente a carico minorenne/incapace

4. SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA

Data di ricevimento: _____ Timbro e firma: _____

5. ISTRUZIONI

**IL PRESENTE MODULO, DEBITAMENTE COMPILATO, DEVE ESSERE TRASMESSO ALL'AZIENDA.
L'AZIENDA PROVVEDERÀ A TRASMETTERE LO STESSO ATTRAVERSO LE SEGUENTI MODALITÀ:**



POSTA CARTACEA
PrevAer – Fondo Pensione
Via G. Schneider snc
Torre Uffici 1, 4° piano
00054 Fiumicino (Roma)



PEC
prevaerfondopensione@pec.prevaer.it