Da inviare a: ALIFOND
Viale Dell'Astronomia, 30
00144 ROMA

MODULO PROSECUZIONE DELLA CONTRIBUZIONE AD ALIFOND PRESSO ALTRA AZIENDA ADERENTE

Il presente modulo, debitamente compilato, va consegnato dalla Società ad Alifond
entro 30 gg. dal verificarsi dell'evento

Il/la sottoscritto/a _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato/a a _____ prov._____ il _____

Residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n° _____ tel. _____

CHIEDE

la prosecuzione della contribuzione ad Alifond in quanto attualmente dipendente dalla società: _____

LA SOCIETA'_____

P.I.V.A./C.F | | | | | | | | | | | | | | | |

Città _____ prov._____ C.A.P._____

Via _____ n. _____

Tel._____ Fax _____

dichiara che il dipendente, associato ad Alifond, è entrato a far parte dell'organico e inizia a contribuire al Fondo a partire dalla retribuzione del mese/anno: _____
con le seguenti percentuali di contribuzione:

Azienda …….% Lavoratore……% T.F.R……%

Data _____

Timbro e firma della societa'_____ Firma del lavoratore_____

Mod.PC01