Fondo Pensione per i lavoratori dell'industria
Alimentare e dei settori affini

Da inviare a: ALIFOND
Viale dell'Astronomia n° 30
00144 ROMA
oppure per fax 06-54229742

MODULO COMUNICAZIONE DI PERDITA DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Il presente modulo, debitamente compilato, va inviato dall'Azienda ad ALIFOND
entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento

L'AZIENDA_____

P.I.V.A./C.F ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Città _____ prov._____ C.A.P._____

Via _____ n. _____

Tel. _____ Fax _____

COMUNICA CHE

Il/la Sig./Sig.ra _____

Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nato/a a _____ prov._____ il _____

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

Via _____ n° _____ tel. _____

☐ **HA CESSATO IL RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE per:**

- ☐ **dimissioni o licenziamento** **dal** _____
- ☐ **decesso** **in data** _____
- ☐ **cause non dipendenti dalla volontà delle parti (fallimento, mobilità, fondo esuberi, …) dal** _____

☐ **HA OTTENUTO LA NOMINA A DIRIGENTE** **dal** _____

☐ **HA MATURATO I REQUISITI DI PENSIONAMENTO** **dal** _____

ABBATTIMENTO BASE IMPONIBILE FINO AL 31/12/2000 N.B. Si determina nella misura di L.600.000 (€ 309,87) per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla percentuale di TFR versato. Da indicare esclusivamente per i "nuovi iscritti"	**€**

Solo per coloro che prima del 28/04/93 erano iscritti a fondi di previdenza complementare: ALIQUOTA DI TASSAZIONE DEL T.F.R. _____

Data dell'ultimo versamento contributivo:_____

Data _____ Timbro e firma dell'Azienda_____