



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

RICHIESTA SOSPENSIONE DELLA CONTRIBUZIONE

Il presente modulo, debitamente compilato, va consegnato dalla Società ad Alifond

Il sottoscritto _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

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

Via _____ n° _____ tel. _____

CHIEDE

in base all'articolo 8 comma 6 dello Statuto del Fondo di SOSPENDERE la propria contribuzione ad Alifond

e DELEGA

il proprio datore di lavoro a SOSPENDERE la contribuzione a carico aderente ed a carico azienda, fermo restando il versamento della quota TFR così come previsto dalla normativa.

Data _____ Firma dell'aderente _____

Mensilità di decorrenza della sospensione _____

PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA

SOCIETA' _____

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Città _____ prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Tel. _____ Fax _____

Data _____

Timbro e Firma _____
