MODULO COMUNICAZIONE SOSPENSIONE DELLA CONTRIBUZIONE
ALIFOND Viale Pasteur, 66 00144 ROMA TEL. 0654220135
FAX 0654229742 e-mail alifond@alifond.it

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 _____

Mod.SC03