



MODULO VARIAZIONE DELL'ALIQUTA CONTRIBUTIVA A
CARICO DELL'ADERENTE
ALIFOND Viale Pasteur, 66 00144 ROMA
TEL. 0654220135 FAX 0654229742 e-mail alifond@alifond.it

Il presente modulo, debitamente compilato, va consegnato al datore di lavoro e da questi inoltrato ad Alifond

Il sottoscritto _____

Codice fiscale

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

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

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

Via _____ n° _____ tel. _____

presa visione dello Statuto/Nota Informativa

CHIEDE

di variare la propria aliquota di contribuzione dal.....% al.....%

DELEGA

il proprio datore di lavoro a prelevare dalla propria retribuzione l'importo corrispondente all'applicazione della nuova aliquota contributiva.

Data _____ Firma dell'aderente _____

Mensilità di decorrenza della variazione _____

PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA

SOCIETA' _____

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

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

Città _____ prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Tel. _____ Fax _____

Data _____

Timbro e Firma _____