MODULO PERDITA DEI REQUISITI Mod.PR03

da inviare per email ad alifond@alifond.it

MODULO COMUNICAZIONE DI PERDITA DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

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. _____

Email _____

❑ **HA PERSO I REQUISITI DI PARTECIPAZIONE AL FONDO** in data _____

per il seguente motivo:

- ❑ **volontà delle parti (dimissioni/ licenziamento/nomina a dirigente, cambio CCNL)**
- ❑ **cause non dipendenti dalla volontà delle parti (fallimento, mobilità, licenziamento collettivo, isopensione, naspi, fondo esuberi…)**
- ❑ **decesso**
- ❑ **pensionamento**

ABBATTIMENTO BASE IMPONIBILE FINO AL 31/12/2000 **Da indicare esclusivamente per i "nuovi iscritti"** 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.	**€**
Solo per coloro che prima del 28/04/93 erano iscritti a fondi di previdenza complementare indicare	
ALIQUOTA DI TASSAZIONE DEL T.F.R. _____	

Data dell'ultimo versamento contributivo:_____

Data_____Timbro e firma dell'Azienda_____

ASSOCIAZIONE FONDO NAZIONALE PENSIONE COMPLEMENTARE A CAPITALIZZAZIONE PER I LAVORATORI DELL'INDUSTRIA ALIMENTARE E DEI SETTORI AFFINI
ISCRITTO ALL'ALBO DEI FONDI PENSIONE CON IL N. 89
VIALE PASTEUR, 66 - 00144 ROMA TEL. 06/54220135 FAX 06/54229742 C. F. 96366690582
E-MAIL: alifond@alifond.it - SITO INTERNET: www.alifond.it