MODULO COMUNICAZIONE SOSPENSIONE DELLA CONTRIBUZIONE
Viale Pasteur, 66 00144 ROMA
e-mail alifond@alifond.it -posta certificata alifond@pec.it

Il sottoscritto _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato/a a_____prov._____ il _____

Residente a_____prov._____C.A.P. _____

Via_____n°_____tel. _____

CHIEDE

di SOSPENDERE la propria contribuzione ad Alifond:

☐ In maniera volontaria ai sensi dell'articolo 8 comma 6 dello Statuto del Fondo

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

oppure

☐ In maniera involontaria per la seguente causa:

- ☐ Aspettativa
- ☐ Congedo
- ☐ Apertura posizione ad altra forma di previdenza senza trasferimento
- ☐ Specificare altra voce _____

con sospensione delle tre fonti contributive.

La contribuzione potrà essere riattivata in qualsiasi momento inviando una email ad alifond@alifond.it indicando i dati anagrafici e la mensilità di decorrenza della riattivazione.

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.SC