

Viale Beethoven, 48 00144 Roma Tel.  
800.24.26.24 FAX 06.5926295 E-mail:  
info@agrifondo.it - www.agrifondo.it



## FONDO PENSIONE AGRIFONDO FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE A CAPITALIZZAZIONE PER GLI OPERAI AGRICOLI E FLOROVIVAISTI E PER I QUADRI E GLI IMPIEGATI AGRICOLI

Modulo di adesione obbligatoria - AGRIFONDO - FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE A  
CAPITALIZZAZIONE PER GLI OPERAI AGRICOLI E FLOROVIVAISTI E PER I QUADRI E GLI  
IMPIEGATI AGRICOLI

ISCRITTO ALL'ALBO TENUTO DALLA COVIP CON IL N.157

Dati dell'azienda
Denominazione/ Ragione Sociale _____
Codice Utente <sup>(1)</sup> _____ Codice Fiscale/ P. Iva _____
E-mail _____ Tel. _____
Indirizzo sede operativa _____ Comune _____ PROV. _____
Indirizzo sede legale (se diverso) _____ Comune _____ PROV. _____
Numero totale dei lavoratori occupati _____
Contratto collettivo di riferimento applicato _____
Settore di attività _____
Dati del lavoratore
Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Data di nascita ___/___/_____
Comune (Stato estero) di nascita _____ Provincia _____
Stato _____
Indirizzo di Residenza _____ N° _____
Comune di Residenza _____ Provincia _____ Cap _____ Telefono _____
Email _____
Dati dell'attività lavorativa
CCNL di riferimento applicato _____
Livello di inquadramento _____
Numero matricola aziendale _____
Data di assunzione ___/___/_____
Qualifica: Operaio: <input type="checkbox"/> a tempo determinato <input type="checkbox"/> a tempo indeterminato; <input type="checkbox"/> impiegato; <input type="checkbox"/> quadro; <input type="checkbox"/> dirigente; <input type="checkbox"/> lavoratore sett. pesca
Lavoratore dipendente con prima occupazione: <input type="checkbox"/> antecedente al 29.04.93 <input type="checkbox"/> successiva al 28.04.93

(1) Il codice è presente sulla lettera di registrazione.

Attesto sotto la mia responsabilità il possesso dei requisiti di partecipazione del lavoratore su indicato al fondo pensione Agrifondo nonché la veridicità dei dati riportati nel presente modulo.

Data compilazione della domanda \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Timbro e firma del datore di lavoro \_\_\_\_\_