

DATI DELL'ISCRITTO (compilazione a cura dell'iscritto)

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____ data di nascita ____ / ____ / ____
C.F. _____ SESSO: M ☐ F ☐ nato a: _____ Prov. ____
residenza _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. ____
Telefono _____ indirizzo email: _____
Data Prima iscrizione a forme pensionistiche complementari: ____ / ____ / ____
Contributi non dedotti non ancora comunicati (ultimo anno) € _____

OPZIONE PRESCELTA (compilazione a cura dell'iscritto)

- A) ☐ **TRASFERIMENTO per cessazione dei requisiti di partecipazione**, a seguito della cessazione dell'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo Pensione.
B) ☐ **TRASFERIMENTO VOLONTARIO** senza che sia cessata l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo Pensione ed in presenza di almeno due anni di partecipazione al Fondo Pensione.

Forma Pensionistica complementare di destinazione:

Denominazione _____
Indirizzo completo _____ Tel. _____
Indirizzo e-mail _____ Il

sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modifiche e sotto la propria responsabilità:

- di essere a conoscenza che la portabilità della eventuale contribuzione di fonte datoriale è consentita nei limiti e secondo le modalità stabilite dai contratti o accordi collettivi, anche aziendali;
- essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi;
- essere consapevole che l'incompleta compilazione del presente modulo o, per l'opzione A) di cui al precedente punto 2), la mancanza di sottoscrizione del modulo da parte del datore di lavoro indicato al successivo punto 4), può determinare l'immediato annullamento del modulo stesso da parte del Fondo Pensione, senza alcun obbligo di avviso al richiedente.

DATA ____ / ____ / ____

FIRMA DELL'ISCRITTO _____

DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (compilazione e sottoscrizione a cura dell'azienda)

Denominazione Azienda _____ Codice identificativo AGRIFONDO _____
Data cessazione rapporto di lavoro ____ / ____ / ____ Aliquota T.F.R. _____ %
Quota esente fino al 31/12/2000 € _____ Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000 € _____
Importo ultimo contributo dovuto al Fondo € _____ Versato in data _____
DATA ____ / ____ / ____

TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA _____

L'informativa sul trattamento dei dati personali relativa agli aderenti del Fondo
è disponibile nell'area *Trasparenza* del sito di Agrifondo.