

Cognome

Nome

Codice Fiscale

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

Numero contratto

Denominazione forma pensionistica complementare

Il sottoscritto, ai sensi dell'art.8, commi 4 e 5, d.lgs n. 252/2005 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità personale dichiara che **(barrare la casella 2 solo in caso di Aderente fiscalmente a carico di altro soggetto)**:

- ☐ 1. della somma complessiva versata nell'anno 20____, l'importo di € _____, _____ non è stato dedotto in sede di dichiarazione dei redditi;
- ☐ 2. della somma complessiva versata nell'anno 20____, l'importo di € _____, _____ non è stato dedotto in sede di dichiarazione dei redditi, propria e del familiare di cui il sottoscritto è fiscalmente a carico (*)

Firma dell'Aderente (o del rappresentante legale in caso di aderente incapace di agire)

* Ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett e-bis) e art. 12 del D.P.R. 917/86

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

DA INVIARE A: info@agrifondo.it

PER INFORMAZIONI: Numero verde 800242624

Sito web: www.agrifondo.it