

**MODULO PROSECUZIONE DELLA CONTRIBUZIONE
PER CAMBIO DATORE DI LAVORO**

1. DATI DEL LAVORATORE (il modulo va compilato solo se il lavoratore sia già iscritto a Fon.Te.)

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: _____ Data di assunzione presso attuale Azienda: ____/____/____

Data cessazione rapporto di lavoro presso precedente Azienda: ____/____/____ C.F./P.IVA precedente azienda: _____

Denominazione precedente Azienda: _____

2. DATI RELATIVI ALLA PROSECUZIONE DELLA CONTRIBUZIONE AL FONDO FON.TE.

IN COSTANZA DI ISCRIZIONE A FON.TE., COMUNICO LA PROSECUZIONE DELLA CONTRIBUZIONE AL FONDO PENSIONE IN QUANTO ATTUALMENTE DIPENDENTE DELL' AZIENDA/SOCIETÀ SOTTO RIPORTATA. A tal proposito dichiaro:

a) di essere iscritto mediante conferimento tacito del TFR e di voler:

contribuire con il solo TFR maturando (rinunciando al contributo a carico del datore di lavoro previsto dagli accordi contrattuali)

attivare il versamento di un contributo a mio carico beneficiando della contribuzione aziendale. A tale scopo allego **Modulo attivazione della contribuzione per un "iscritto silente"** debitamente compilato.

b) di NON essere iscritto mediante conferimento tacito del TFR e di voler:

b.1) versare una quota annuale del TFR maturando pari a:

100% (opzione possibile per i lavoratori di prima occupazione antecedente al 29/04/1993; aliquota obbligatoria per i dipendenti di prima occupazione dopo il 28/04/1993)

aliquota minima prevista dagli accordi contrattuali (opzione possibile per i soli lavoratori di prima occupazione antecedente al 29/04/1993)

Se, in relazione al precedente rapporto di lavoro, la percentuale del TFR fosse stata pari al 100%, non sarà possibile modificare l'aliquota con quella minima

b.2) versare il contributo a mio carico:

No (e, quindi, rinuncio al contributo a carico del datore di lavoro previsto dagli accordi contrattuali)

Si, nella seguente misura:

(minimo contrattualmente stabilito)

1,00% 2,00%

.....% (specificare la percentuale prescelta)

Si precisa che in caso di cambio di datore di lavoro non è dovuta la quota di iscrizione al Fondo

3. DATI RELATIVI AL DATORE DI LAVORO (compilazione e sottoscrizione a cura dell' attuale datore di lavoro)

(se il datore di lavoro non è già registrato presso Fon.Te., è necessario ottenere il Codice Azienda Fon.Te. effettuando la registrazione sul sito www.fondofonte.it alla sezione <http://www.fondofonte.it/area-riservata-aziende/>)

Denominazione impresa _____ P. IVA/C.F. _____

Località _____ Via _____ n. _____ Prov. _____ cap. _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

LUOGO IN CUI IL LAVORATORE PRESTA L'ATTIVITÀ LAVORATIVA:

Località _____ Via _____ n. _____ Prov. _____ cap. _____

CCNL di applicazione: (specificare) _____

TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO: _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA, AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E SOTTO LA PROPRIA ESCLUSIVA RESPONSABILITÀ, DI ESSERE CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL CITATO D.P.R. NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI

Data Compilazione: / /

Firma dell'aderente: _____

NOTA BENE: Il presente modulo deve essere inviato a mezzo raccomandata a/r all'indirizzo:

FON.TE. C/O ACCENTURE MANAGED SERVICES SPA Centro Direzionale Milanofiori, Strada 4 palazzo Q3 3° Piano-20089 Rozzano (MI)
o tramite PEC all'indirizzo: protocollofonte@legalmail.it