MODULO TRASFERIMENTO ad altro fondo

SOLIDARIETA' VENETO - Fondo Pensione
Via F.lli Bandiera 54-58 - 30175 Marghera (VE)
Tel: 041.94.05.61 Fax: 041.97.62.68
www.solidarietaveneto.it • info@solidarietaveneto.it

Ed. Giugno 2011

COMPILAZIONE A CURA DELL'ADERENTE

1 - DATI DELL'ADERENTE

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Sesso ☐ M ☐ F Data di nascita ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Comune di nascita *(o Stato Estero)* _____ Provincia ☐☐

Indirizzo residenza _____ CAP ☐☐☐☐☐ Provincia ☐☐

Comune residenza _____ Tel/Cell. _____

Azienda _____ E-mail _____

2 - OPZIONE PRESCELTA PER IL TRASFERIMENTO

☐ **TRASFERIMENTO per perdita requisiti di partecipazione** a seguito della cessazione dell'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo Pensione.

☐ **TRASFERIMENTO VOLONTARIO** senza che sia cessata l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione e con almeno 2 anni di partecipazione al Fondo Pensione.

3 - DATI NUOVO FONDO DI DESTINAZIONE

Denominazione _____ Tel _____ Fax _____

Indirizzo _____ E-mail _____

4 - COORDINATE BANCARIE DEL FONDO CESSIONARIO

IBAN del Fondo cessionario ☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Intestato a _____ Banca _____

5 - DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

Contributi non dedotti non ancora comunicati € ☐☐☐ ☐☐☐ , ☐☐ Data prima iscrizione a forme pensionistiche complementari: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

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

- dichiara di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente e dallo Statuto di Solidarietà Veneto - Fondo Pensione (puntualizzati nella Nota informativa e nel "Documento sul regime fiscale", di cui ha preso visione) per l'esercizio dell'opzione prescelta.
- dichiara di essere a conoscenza che la portabilità della eventuale contribuzione di fonte "azienda" è consentita nei limiti e secondo le modalità stabilite dai contratti o accordi collettivi, anche aziendali.
- dichiara che quanto riportato nel presente documento corrisponde a verità.

E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali (art. 76 del predetto D.P.R.), in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

NOTA BENE **È necessario accompagnare il presente modulo con copia del proprio DOCUMENTO D'IDENTITÀ e CODICE FISCALE, pena nullità dello stesso.**

_____ , lì _____ _____

(Luogo e data di compilazione) *(Firma dell'aderente)*

Inviare il modulo via fax allo 041.97.62.68
oppure via posta all'indirizzo sopra indicato