

Ed. Novembre 2010

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. fisso _____
 Cellulare _____ E-mail _____

Già iscritto al Fondo presso l'Azienda: _____

Il sottoscritto **DICHIARA** di voler proseguire i versamenti a favore di suddetto "Fondo Pensione" con il nuovo Datore di Lavoro:

2 - DATI DELLA NUOVA AZIENDA

Azienda _____ Che applica il CCNL¹ _____
Presso la quale sono stato assunto in data
 Presso lo stabilimento di: _____ Con la qualifica di²: _____

(1) Per la tabella completa dei CCNL vedasi www.solidarietaveneto.it (2) Impiegati direttivi e quadri; impiegati non direttivi; Intermedi ed ausiliari; operai; altro.

Il sottoscritto **DELEGA** altresì il sopraccitato Datore di lavoro a trattenere dalla propria retribuzione e dal T.F.R., conformemente agli accordi, regolamenti o contratti collettivi aziendali, territoriali e nazionali, nonché di quanto previsto dalle fonti istitutive, le seguenti quote³:

Da T.F.R. percentuale % Da RETRIBUZIONE percentuale , % A CARICO AZIENDA percentuale , %

Attenzione: il lavoratore che non indicherà le percentuali "da retribuzione" e "a carico dell'Azienda" si intenderà aderente con il solo versamento del TFR

La presente delega è a tempo indeterminato, anche in presenza di successivi rinnovi degli accordi o contratti collettivi sopraccitati, salvo mia richiesta scritta di sospensione in conformità all'art. 8 dello statuto. Resta convenuto che in applicazione dell'art. 7 dello statuto, il Fondo incasserà la "quota di iscrizione" e la "quota associativa" ³ paritetiche nella misura deliberata dal Consiglio di Amministrazione in virtù di quanto previsto dalle fonti istitutive. Si precisa che in caso di cambio azienda, la "quota d'iscrizione" a carico del lavoratore non è dovuta.

_____, lì _____
 (Luogo e data di compilazione)

 (Firma dell'aderente)

3 - PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA

compilazione a cura dell'Azienda

Se si tratta della prima adesione compilare il riquadro e accompagnare con il MODULO ACCENSIONE RAPPORTO AZIENDALE disponibile su www.solidarietaveneto.it.
 IL DATORE DI LAVORO si impegna al versamento dei contributi contrattualmente previsti secondo le modalità indicate dal Fondo.
 Se l'azienda è già associata sono sufficienti CODICE AZIENDA, TIMBRO e FIRMA.

Codice azienda (se già associata) _____
 Ragione Sociale _____
 Codice fiscale _____ Partita IVA _____
 Indirizzo (sede legale) _____ CAP _____
 Città _____ Prov _____ Tel. _____
 E-mail _____ Fax _____

Timbro e firma dell'azienda

Compilare il modulo in tutte le sue parti, e trattenerne una copia per memoria.

(3) Per informazioni vedi anche la NOTA INFORMATIVA e lo STATUTO disponibili su www.solidarietaveneto.it

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