

**COMPILAZIONE A CURA DELL'ADERENTE**

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale

Indirizzo di residenza _____ n. _____

Comune di residenza _____ Cap Provincia

E - mail _____

☐ Sì ☐ No

☐ Sì ☐ No

Cellulare / Tel. _____

☐ Sì ☐ No

 (Firma dell'aderente)

☐ **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.

[illegible]Contributi non dedotti non ancora comunicati € Importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla normativa

L'aderente **CHIEDE**, qualora venissero rilevate dal Fondo Pensione situazioni di **MANCATI** o **OMESSI** versamenti nella posizione,

☐ **5A)** di **ATTENDERE** il/i versamento/i mancante/i e di procedere al trasferimento in un'**UNICA SOLUZIONE**

☐ **5B)** di procedere **IMMEDIATAMENTE** con il trasferimento della parte disponibile e, successivamente, con un **TRASFERIMENTO INTEGRATIVO** dei versamenti mancanti non appena questi vengano effettuati. Per ogni trasferimento aggiuntivo verrà sostenuto il costo di 15 € (rimborso spese per istruzione della pratica).

- **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" presenti anche nel sito www.solidarietaveneto.it, di cui ha preso visione) per l'esercizio dell'opzione prescelta.
- **DICHIARA** che quanto riportato nel presente documento corrisponde a verità.
- **DICHIARA** di essere consapevole che eventuali anticipazioni pregresse non completate costituiscono motivo di rigetto della presente richiesta.
- **ACCETTA** inoltre di ricevere all'indirizzo email specificato o, se non disponibile, all'indirizzo di residenza indicato, il modello CU, che verrà spedito dal Fondo entro il 31 marzo dell'anno successivo all'accreditamento dell'importo erogato.
- **DICHIARA** di aver preso visione del **REGOLAMENTO PRESTAZIONI** e di quanto riportato nel presente modulo (in particolare i punti 8, 9, 10).

È 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.



Allegare alla presente copia del proprio **DOCUMENTO D'IDENTITÀ** e **CODICE FISCALE**, pena nullità della richiesta.

(Firma dell'aderente)



Solidarietà Veneto Fondo Pensione | Iscritto all'Albo dei Fondi Negoziati al n. 87
Via Torino 151/B, 30172 - Mestre - Venezia (VE) | tel. 041 940561