SOLIDARIETÀ VENETO FONDO PENSIONE

MODULO TRASFERIMENTO AD ALTRO FONDO

Spazio riservato agli Uffici del Fondo

COMPILAZIONE A CURA DELL'ADERENTE

1 – DATI DEL LAVORATORE

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Indirizzo di residenza _____ n. _____

Comune di residenza _____ Cap ☐☐☐☐☐ Provincia ☐☐

COMUNICAZIONI ONLINE

E - mail _____ Cellulare / Tel. _____

- Autorizzo l'utilizzo del numero di cellulare e dell'indirizzo e-mail sopra indicati per comunicazioni relative alla mia posizione e alle mie operazioni. ☐ Sì ☐ No
- Autorizzo l'invio della comunicazione periodica all'indirizzo e-mail sopra indicato. ☐ Sì ☐ No
- Richiedo l'iscrizione alla newsletter del Fondo ☐ Sì ☐ No

X _____ (Firma dell'aderente)

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 _____

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

4 – DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

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.

5 – STATO DEI VERSAMENTI

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).

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" 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'accredito 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.

Inviare il presente modulo e tutta la documentazione richiesta:
via mail a **protocollo@solidarietaveneto.it** oppure via fax allo **041.97.62.68**

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

_____, lì _____
(Luogo e data di compilazione)

_____
(Firma dell'aderente)