Stampa modulo

Laborfonds
Di più per il tuo futuro

Fondo pensione complementare per i lavoratori dipendenti dai datori di lavoro operanti nel territorio del Trentino-Alto Adige
Iscritto all'Albo dei fondi pensione con il numero 93

RICHIESTA VARIAZIONE CONTRIBUTIVA[1]

(aderente settore pubblico)

Questo modulo deve essere inviato al **datore di lavoro**.

Spett.le

Il/La sottoscritto/a

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato/a il a prov. nazione

residente a via n.

CAP prov. tel. cell.

iscritto/a al Fondo Pensione Laborfonds, in relazione alla misura del contributo a suo carico

chiede

di variare il proprio contributo scegliendo la seguente percentuale % (vedi normativa contrattuale).

Data **Firma**

[1] Il modulo va consegnato al datore di lavoro **entro il 30 ottobre** oppure **30 novembre** (vedi normativa contrattuale) con efficacia dal primo gennaio dell'anno successivo.
Annualmente con le stesse modalità il lavoratore potrà variare la propria contribuzione (aumentandola o diminuendola).