Inviare il modulo a:
FONDINPS
VIA CESARE BECCARIA, 29
00196 ROMA

MODULO DI TRASFERIMENTO

DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'aderente)

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: / /

Comune di nascita: _____ Prov: ( ) Tel.: _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ( )

OPZIONE PRESCELTA per il trasferimento della posizione individuale (compilazione a cura dell'aderente)

A) ☐ **TRASFERIMENTO per cessazione dei requisiti di partecipazione**, a seguito della cessazione dell'attività lavorativa (dimissioni, nomina dirigente, cambio contratto, istituzione Fondo contrattuale di riferimento)

B) ☐ **TRASFERIMENTO VOLONTARIO** senza che sia cessata l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo Pensione ed in presenza di almeno un anno di partecipazione al Fondo Pensione

Forma Pensionistica complementare di destinazione:

Denominazione: _____

Indirizzo completo: _____ Tel.: _____

Indirizzo e-mail: _____

NOTA BENE: SI PREGA DI ALLEGARE IL MODULO DI ADESIONE AL NUOVO FONDO PENSIONE

DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI (compilazione a cura dell'aderente)

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: .....

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

- *di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione di trasferimento della posizione individuale*
- *di essere a conoscenza che la portabilità della eventuale contribuzione di fonte datoriale è consentita nei limiti e secondo le modalità stabilite dai contratti o accordi collettivi, anche aziendali.*

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

Data Compilazione: ..... /..... /..... **Firma:** _____

DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (compilazione e sottoscrizione a cura dell'azienda ovvero del lav.aut.mo aderente)

Denominazione _____ Matricola INPS _____

Sede in _____ Prov. _____ C.A.P._____ Via _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

La scrivente società comunica che il/la Sig./Sig.ra.....

☐ A far data dal .....(ultimo giorno lavorativo) ha rassegnato le dimissioni/ha cambiato categoria giuridica per nomina dirigente/l'azienda ha cambiato contratto/è stato istituito il Fondo contrattuale di riferimento

☐ In costanza del rapporto di lavoro e decorso un anno di iscrizione al Fondo ha comunicato l'intenzione di trasferire la sua posizione contributiva da Fondinps ad un altro Fondo

Importo ultimo contributo dovuto al Fondo Pensione: € ..... in data .....

Segnalare eventuali periodi di contribuzione anomali (es. C.I.G. o C.I.G.S., maternità facoltativa, servizio di leva, aspettativa):

Tipo ..... dal ..... al .....

Tipo ..... dal ..... al .....

Data _____

Timbro e firma del datore di lavoro _____

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previnet S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previnet S.p.A.