



FONDO NAZIONALE DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE PER I LAVORATORI ADDETTI AI SERVIZI DI TRASPORTO PUBBLICO E PER I LAVORATORI DEI SETTORI AFFINI
FONDO PENSIONE PRIAMO
SEDE LEGALE: VIA MARCANTONIO COLONNA, 7 00192 - ROMA
Tel.: 0636004645 - Fax: 0636004709

MODULO SOSPENSIONE DELLA CONTRIBUZIONE

1. 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: (____)

2. SOSPENSIONE DELLA CONTRIBUZIONE

(compilazione a cura dell'aderente)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE I PROPRI DATI ANAGRAFICI CORRETTI SONO I SEGUENTI (1):

DATA DECORRENZA SOSPENSIONE: 01 / 01 / _____ (2)

DATA COMPILAZIONE: ____ / ____ / _____.

FIRMA: _____

3. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (

compilazione e sottoscrizione a cura dell'azienda)

Denominazione Azienda: _____

L'ultimo versamento dei contributi al Fondo per il lavoratore sarà eseguito con al distinta di contribuzione di: _____

Data di ricevimento (3) ____ / ____ / _____ Timbro e firma del datore di lavoro: _____

3. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (

compilazione e sottoscrizione a cura dell'azienda)

(1) FACOLTÀ ESERCITABILE IN COSTANZA DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE COME PREVISTO DALL'ARTICOLO 8 COMMA 7 DELLO STATUTO;

(2) INDICARE L'ANNO

(3) ENTRO IL 30 NOVEMBRE DELL'ANNO IN CORSO

NOTA BENE: L'incompleta compilazione o la mancata sottoscrizione del presente modulo comportano l'immediato rifiuto della domanda presentata.
Il presente modulo deve essere trasmesso in originale a mezzo raccomandata A/R alla sede del Fondo Priamo:
Via Marcantonio Colonna, 7 – 00192 - Roma