

RICHIESTA DI **VARIAZIONE DELLA CONTRIBUZIONE** A PREVEDI

La presente richiesta, congiuntamente alla copia di un documento di identità dell'aderente, va inviata via posta all'indirizzo indicato in calce al presente modulo, oppure via mail all'indirizzo moduli@prevedi.it.

DATI ANAGRAFICI

COGNOME	<input type="text"/>															NOME	<input type="text"/>															SESSO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F							
NATO A (COMUNE/CITTÀ/STATO ESTERO)	<input type="text"/>																									PROV.	<input type="text"/>	DATA DI NASCITA (GG MM AAAA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
CODICE FISCALE																									<input type="text"/>																
INDIRIZZO DI RESIDENZA (VIA/PIAZZA)	<input type="text"/>																																			N. CIVICO	<input type="text"/>	SCALA	<input type="text"/>	INTERNO	<input type="text"/>
C.A.P.	<input type="text"/>	COMUNE/CITTÀ DI RESIDENZA	<input type="text"/>																																PROV.	<input type="text"/>					
CELLULARE	<input type="text"/>					E-MAIL*	<input type="text"/>																																		

Inserendo l'indirizzo e-mail, l'aderente accetta di ricevere comunicazioni in forma elettronica. Tale scelta può essere modificata scrivendo a info@prevedi.it

Denominazione datore di lavoro: _____ Sede datore di lavoro (città): _____

IL SOTTOSCRITTO RICHIEDE, AI SENSI DELL'ART. 8 DELLO STATUTO DI PREVEDI, DI MODIFICARE LA MISURA DELLA PROPRIA CONTRIBUZIONE AL FONDO PREVEDI NEL MODO SEGUENTE

CONTRIBUTO PERCENTUALE SULLA RETRIBUZIONE VERSATO DAL LAVORATORE

Chiedo di

➔ **SOSPENDERE** il mio contributo percentuale sulla retribuzione, **RINUNCIANDO** al contributo, pari all'1% della retribuzione, del datore di lavoro **0%**

oppure di

➔ **VERSARE** un contributo a mio carico **PARI** all'1% della retribuzione* **1%**

oppure di

➔ **VERSARE** un contributo a mio carico **SUPERIORE** all'1% della retribuzione* per un **TOTALE** a mio carico di _____%

*La misura contributiva minima per avere diritto al contributo a carico del datore di lavoro è pari all'1% della retribuzione lorda mensile su cui si calcola l'accantonamento TFR

CONTRIBUTO PERCENTUALE SULL'ACCANTONAMENTO TFR MENSILE

0%

18%

100%

La variazione delle misure contributive sopra indicata avrà effetto dal **MESE DI SOTTOSCRIZIONE** del presente modulo.

Firma dell'iscritto  _____

Data _____ / _____ / _____