

## 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 scansionata all'indirizzo [info@prevedi.it](mailto:info@prevedi.it).

### DATI ANAGRAFICI

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

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

- 0%** (il lavoratore sospende il proprio contributo pari all'1% della retribuzione, **RINUNCIANDO** al contributo, pari all'1% della retribuzione, del datore di lavoro)
- 1%** (il lavoratore versa il proprio contributo pari all'1% della retribuzione, **BENEFICIANDO** del contributo, pari all'1% della retribuzione, del datore di lavoro\*)
- +**
- %** (il lavoratore versa, oltre all'1% della retribuzione, l'ulteriore contributo qui indicato (il contributo a carico del datore di lavoro, invece, rimane sempre pari all'1% della retribuzione)

\*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 per il CCNL Edili-industria, e Edili-artigianato, e 1,1% per il CCNL Aniem-Anier-Confimi

#### CONTRIBUTO PERCENTUALE SULL'ACCONTONAMENTO TFR MENSILE

**0%**

**18%**

**100%**

La variazione delle misure contributive sopra indicata avrà effetto dal mese successivo a quello di sottoscrizione del presente modulo.

Firma dell'iscritto  \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_