

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.

DATI ANAGRAFICI

COGNOME	_____	NOME	_____	SESSO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NATO A (COMUNE/CITTÀ/STATO ESTERO)	_____	PROV.	_____	DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)	____/____/____
CODICE FISCALE _____					
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.

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 di sottoscrizione del presente modulo.

Firma dell'iscritto X

Data _____ / _____ / _____