

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

1. DATI 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 _____ Prov. _____

2. DATI DELL'AZIENDA
(da compilare sia in caso di variazione della posizione lavorativa sia in caso di variazione della modalità contributiva di cui al punto 3)

Il sottoscritto, aderente al FPA Soluzione Previdente, in data ____/____/____ **CHIEDE** che la propria posizione previdenziale venga collegata al datore di lavoro di cui fornisce i dati utili al censimento:

Denominazione sociale: _____
P.IVA/Cod.Fisc.: _____ **CCNL:** _____
Indirizzo: _____ **Provincia:** _____
Comune: _____ **CAP:** _____
Telefono: _____ **Data assunzione:** _____
E-mail: _____ **Referente:** _____

3. COMUNICAZIONE VARIAZIONE MODALITA' CONTRIBUTIVA
(da compilare solo in caso di variazione della modalità contributiva)

Il sottoscritto, aderente al FPA Soluzione Previdente, in data ____/____/____ **CHIEDE** di:

attivare **versamento TFR**, pari al ____%
(versati tramite distinta contributiva effettuata dal datore di lavoro in base alla periodicità prevista negli accordi interni e in ogni caso almeno una volta all'anno)

attivare **contributo Datore di Lavoro**, pari al ____% della retribuzione
(versati tramite distinta contributiva effettuata dal datore di lavoro in base alla periodicità prevista negli accordi interni e in ogni caso almeno una volta all'anno)

Coordinate IBAN del Fondo:

Paese	CIN-EU	CIN-IT	ABI	CAB	N. Conto Corrente
IT	02	N	03479	01600	000802219200

(BIC PARBITMMXXX) intestato a FPA Soluzione Previdente, presso BNP Paribas Securities Services, Société en Commandite par Actions di diritto francese, con sede legale a Parigi, Rue d'Antin 3, operante attraverso la propria succursale di Milano, via Ansperto 5.

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. È 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 e Luogo: _____

Firma Aderente: _____

Timbro e Firma nuovo datore di lavoro: _____

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

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

1. DATI 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 _____ Prov. _____

2. DATI DELL'AZIENDA
(da compilare sia in caso di variazione della posizione lavorativa sia in caso di variazione della modalità contributiva di cui al punto 3)

Il sottoscritto, aderente al FPA Soluzione Previdente, in data ____/____/____ **CHIEDE** che la propria posizione previdenziale venga collegata al datore di lavoro di cui fornisce i dati utili al censimento:

Denominazione sociale: _____
P.IVA/Cod.Fisc.: _____ **CCNL:** _____
Indirizzo: _____ **Provincia:** _____
Comune: _____ **CAP:** _____
Telefono: _____ **Data assunzione:** _____
E-mail: _____ **Referente:** _____

3. COMUNICAZIONE VARIAZIONE MODALITA' CONTRIBUTIVA
(da compilare solo in caso di variazione della modalità contributiva)

Il sottoscritto, aderente al FPA Soluzione Previdente, in data ____/____/____ **CHIEDE** di:

attivare **versamento TFR**, pari al ____%
(versati tramite distinta contributiva effettuata dal datore di lavoro in base alla periodicità prevista negli accordi interni e in ogni caso almeno una volta all'anno)

attivare **contributo Datore di Lavoro**, pari al ____% della retribuzione
(versati tramite distinta contributiva effettuata dal datore di lavoro in base alla periodicità prevista negli accordi interni e in ogni caso almeno una volta all'anno)

Coordinate IBAN del Fondo:

Paese	CIN-EU	CIN-IT	ABI	CAB	N. Conto Corrente
IT	02	N	03479	01600	000802219200

(BIC PARBITMMXXX) intestato a FPA Soluzione Previdente, presso BNP Paribas Securities Services, Société en Commandite par Actions di diritto francese, con sede legale a Parigi, Rue d'Antin 3, operante attraverso la propria succursale di Milano, via Ansperto 5.

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. È 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 e Luogo: _____

Firma Aderente: _____

Timbro e Firma nuovo datore di lavoro: _____

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

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO