



1 - DATI DEL LAVORATORE

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale Sesso M F Data di nascita / /

Comune di nascita (o Stato estero) _____ Provincia

Prima occupazione Antecedente al 29/04/93 Pari o successiva al 29/04/93 Titolo di studio _____

Indirizzo di residenza _____ n. _____

Comune di residenza _____ Cap Provincia

E - mail _____ Cellulare / Tel. _____

Richiedo l'invio di tutte le comunicazioni da parte del fondo pensione esclusivamente all'indirizzo e-mail qui indicato avendo diritto alla RIDUZIONE DELLA QUOTA ASSOCIATIVA ANNUA nella misura prevista dal CdA ⁽¹⁾.

Già iscritto al Fondo presso l'Azienda: _____

2 - DATI DELLA NUOVA AZIENDA

Azienda _____ Che applica il CCNL¹ _____

Presso la quale sono stato assunto in data / /

Presso lo stabilimento di: _____ Con la qualifica di²: _____

(1) Per la tabella completa dei CCNL vedasi www.solidarietaveneto.it (2) Impiegati direttivi e quadri; impiegati non direttivi; Intermedi ed ausiliari; operai; altro.

Da T.F.R. percentuale % Da RETRIBUZIONE percentuale , % A CARICO AZIENDA percentuale , %

Attenzione: il lavoratore che non indicherà le percentuali "da retribuzione" e "a carico dell'Azienda" si intenderà aderente con il solo versamento del TFR

La presente delega è a tempo indeterminato, anche in presenza di successivi rinnovi degli accordi o contratti collettivi sopraccitati, salvo mia richiesta scritta di sospensione in conformità all'art. 8 dello statuto. Resta convenuto che in applicazione dell'art. 7 dello statuto, il Fondo incasserà la "quota di iscrizione" e la "quota associativa" ³ paritetiche nella misura deliberata dal Consiglio di Amministrazione in virtù di quanto previsto dalle fonti istitutive. Si precisa che in caso di cambio azienda, la "quota d'iscrizione" a carico del lavoratore non è dovuta.

_____, li _____
(Luogo e data di compilazione)

(Firma leggibile dell'aderente)



Compilare il modulo in tutte le sue parti, trattenerne copia e inviarlo:
via mail a gestione@solidarietaveneto.it oppure via fax allo **041.97.62.68**

3 - PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA

compilazione a cura dell'Azienda

IL DATORE DI LAVORO si impegna al versamento dei contributi contrattualmente previsti secondo lo Statuto le modalità indicate dal Fondo.
Se si tratta della prima adesione compilare il presente riquadro e accompagnare con il MODULO ACCENSIONE RAPPORTO AZIENDALE disponibile su www.solidarietaveneto.it.
Se l'azienda è già associata sono sufficienti CODICE AZIENDA, TIMBRO e FIRMA.

Codice azienda (se già associata) _____

Ragione Sociale _____

Codice fiscale _____ Partita IVA _____

Indirizzo (sede legale) _____ CAP _____

Città _____ Prov _____ Tel. _____

E-mail _____ Fax _____

