

**RICHIESTA DI CONTRIBUZIONE VOLONTARIA AGGIUNTIVA IN  
FORMA RICORRENTE***(Da Consegnare alla Funzione personale della società di appartenenza)***DATI DELL'ADERENTE**Cognome  
e nomeCodice  
fiscaleSesso  
(M/F)Data di  
nascitaTelefono  
(ufficio o cellulare)

Email

Società di appartenenza

**Titolo di studio:**Nessuno Licenza elementare Licenza media inferiore Diploma prof.le Diploma media superiore Diploma univ./laurea triennale Laurea/laurea magistrale Special.post laurea 

**Chiede di effettuare il versamento mensile di contribuzione volontaria aggiuntiva alla contribuzione ordinaria al Fopen secondo una delle modalità sotto descritte (alternative tra loro) (\*):**

- 1) Contribuzione ricorrente in forma percentuale, pari al.....% della retribuzione utile ai fini del trattamento di fine rapporto, con un minimo dell'1% ed indicando esclusivamente valori percentuali interi.

OPPURE

- 2) Contribuzione ricorrente in cifra fissa, pari Euro..... mensili, con un minimo di 20 euro.

L'importo sarà versato con cadenza mensile per un periodo non inferiore a dodici mesi e fino ad eventuale successiva revoca che dovrà pervenire al Fopen con almeno due mesi di preavviso.

*(\*) La compilazione del presente modulo annulla e sostituisce eventuali precedenti richieste di contribuzione volontaria aggiuntiva ricorrente già in corso.*

Data compilazione \_\_\_\_\_

Firma del aderente \_\_\_\_\_

Data ricezione \_\_\_\_\_

Timbro e visto della Funzione Personale \_\_\_\_\_