

RICHIESTA DI SOSPENSIONE DELLA CONTRIBUZIONE

V.1/2025

DATI DEL SOCIO							
Cognome e nome							
Codice fiscale		Sesso (M/F)	Data di nascita				
Telefono (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	☐

In conformità a quanto previsto dall'art. 8.6 dello Statuto, comunico che a far data dalla prima contribuzione utile e comunque non oltre il primo giorno del terzo mese successivo alla presentazione all'azienda di appartenenza della richiesta medesima ho intenzione, previa verifica da parte del FOPEN del possesso dei requisiti necessari, di esercitare la facoltà di sospensione della contribuzione, compresa quella a carico dell'Azienda, secondo le modalità previste nella Nota Informativa e nel regolamento approvato dal Consiglio di Amministrazione del Fondo di cui dichiaro di aver preso visione. Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che permane a mio carico l'obbligo di versamento della quota TFR, nei limiti previsti dallo Statuto e dalle scelte da me in precedenza operate.

(da compilare a cura dell'Azienda)	
La scrivente Società	
Con sede in	
Telefono	Fax

Prendendo atto della richiesta di sospensione della contribuzione si impegna:

a sospendere la contribuzione retributiva a carico dell'associato e dell'azienda a partire dalla prima retribuzione utile e a trasmettere al FOPEN il presente modulo entro 5 (cinque) giorni dal ricevimento dello stesso.

Data compilazione _____

Firma aderente _____

Data ricezione _____

Timbro e visto della Funzione Personale _____

Questo modulo deve essere redatto e compilato in ogni sua parte ed inviato all'indirizzo: Via di Villa Patrizi, 2/B – 00161 Roma.

L'Azienda provvederà a comunicare l'avvenuta sospensione della contribuzione utilizzando l'apposito campo previsto nella distinta di contribuzione.