

**RICHIESTA DI RIAVVIO DELLA CONTRIBUZIONE**

| DATI ADERENTE                  |                          |                                |                          |                          |                          |                     |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Cognome e nome                 |                          |                                |                          |                          |                          |                     |                          |
| Codice fiscale                 |                          | Sesso (M/F)                    | Data di nascita          |                          |                          |                     |                          |
| Telefono (ufficio o cellulare) |                          | Email                          |                          |                          |                          |                     |                          |
| Società di appartenenza        |                          |                                |                          |                          |                          |                     |                          |
| <b>Titolo di studio:</b>       |                          |                                |                          |                          |                          |                     |                          |
| Nessuno                        | <input type="checkbox"/> | Licenza elementare             | <input type="checkbox"/> | Licenza media inferiore  | <input type="checkbox"/> | Diploma prof.le     | <input type="checkbox"/> |
| Diploma media superiore        | <input type="checkbox"/> | Diploma univ./laurea triennale | <input type="checkbox"/> | Laurea/laurea magistrale | <input type="checkbox"/> | Special.post laurea | <input type="checkbox"/> |

Con riferimento alla domanda di sospensione della contribuzione presentata in data \_\_\_\_\_

**Chiedo il riavvio della contribuzione** a far data dalla prima retribuzione utile disponibile successiva alla presentazione della presente richiesta.

| <b>(da compilare a cura dell'Azienda)</b> |     |
|---|-----|
| La scrivente Società                      |     |
| Con sede in                               |     |
| Telefono                                  | Fax |

**Prendendo atto della richiesta di sospensione della contribuzione si impegna:**

a riprendere il versamento della 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, a cura della Funzione del Personale dell'Azienda, all'indirizzo Via di Villa Patrizi, 2/B – 00161 Roma.