

DATI DEL SOCIO			
Cognome e nome			
Codice fiscale		Sesso (M/F)	Data di nascita
Telefono (ufficio o cellulare)		Email	
Azienda di appartenenza			
Titolo di studio:			
Nessuno	Licenza elementare	Licenza media inferiore	Diploma professionale
Diploma media superiore ☐	Diploma univ./laurea triennale ☐	Laurea/laurea magistrale ☐	Specializzazione post laurea ☐

Il sottoscritto, iscritto al Fopen, a norma dell'articolo 14 comma 6 del D.lgs. n. 252/2005, ha chiesto il trasferimento della propria posizione previdenziale, in costanza di rapporto di lavoro e decorsi almeno due anni di permanenza del Fopen, al seguente Fondo aperto/PIP:

--

Data compilazione _____

Firma del socio _____

L'azienda di appartenenza dell'interessato prende atto della decisione presa dall'aderente che comporta l'estinzione del rapporto associativo con il Fopen e si impegna a cessare, con decorrenza immediata, il versamento al Fopen delle quote TFR e di qualsiasi altra contribuzione retributiva

Data ricezione _____

Timbro e firma della Funzione Personale _____