

CESSAZIONE DELL'ADESIONE A FOPEN: PRESA VISIONE DEL DATORE DI LAVORO

(Da far firmare alla Funzione personale della società di appartenenza)

DATI DELL'ADERENTE

Codice fiscale		Cognome	Nome
Sesso ☐ M ☐ F	Data di nascita / /	Telefono	E-mail
Azienda di appartenenza			

L'ADERENTE HA RICHIESTO AL FOPEN

Il trasferimento della propria posizione previdenziale, in costanza di rapporto di lavoro e decorsi almeno due anni di permanenza del Fopen, a norma dell'articolo 14 comma 6 del D.lgs. n. 252/2005, al seguente Fondo aperto/PIP _____	☐
Il riscatto totale della propria posizione previdenziale per invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo, a norma dell'articolo 14 comma 2c) del D.lgs. n. 252/2005	☐

Data compilazione _____

Firma dell'aderente _____

Il datore di lavoro prende atto della scelta dall'aderente sopra indicata 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.

N.B. ogni indebito versamento successivo all'estinzione della posizione verrà restituito all'azienda

Data ricezione _____

Timbro e visto
della Funzione Personale _____