



Iscritto all'Albo dei Fondi Pensione con il n. 128

**MODULO COMUNICAZIONE VARIAZIONE ALIQUOTA CONTRIBUTIVA**

**Fondo Pensione Filcoop**

Via Flavia, 3 – 00187 – Roma  
Tel. 06/47824858 – Fax. 06/47824603  
Email – filcoop.p@mclink.it  
Sito Web – <http://www.filcoopensionistico.it>

**Il presente modulo, debitamente compilato, va consegnato al datore di lavoro e da questi, inoltrato al Fondo Pensione Filcoop.**

**L'ISCRITTO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Num. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

presa visione dello Statuto e della Nota Informativa

**RICHIEDE**

di variare la propria aliquota di contribuzione dal \_\_\_\_\_% al \_\_\_\_\_%

**DELEGA**

il datore di lavoro a prelevare dalla propria retribuzione, l'importo corrispondente all'applicazione della nuova aliquota contributiva, partendo dalla mensilità di \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'aderente \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA**

Società \_\_\_\_\_

P.Iva/C.F. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Num. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_