MODULO VARIAZIONE DELL'ALIQUOTA CONTRIBUTIVA A CARICO DELL'ADERENTE

ALIFOND Viale Pasteur, 66 00144 ROMA

TEL. 0654220135 FAX 0654229742 e-mail alifond@alifond.it

Il presente modulo, debitamente compilato, va consegnato al datore di lavoro e da questi inoltrato ad Alifond

Il sottoscritto _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato/a a _____ prov._____ il _____

Residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n° _____ tel. _____

presa visione dello Statuto/Nota Informativa

CHIEDE

di variare la propria aliquota di contribuzione dal……% al……..……..%

DELEGA

il proprio datore di lavoro a prelevare dalla propria retribuzione l'importo corrispondente all'applicazione della nuova aliquota contributiva.

Data _____ Firma dell'aderente _____

Mensilità di decorrenza della variazione_____

PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA

SOCIETA'_____

P.I.V.A./C.F | | | | | | | | | | | | | | | | |

Città _____ prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Tel._____ Fax _____

Data _____

Timbro e Firma _____

Mod.VC03