

COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO PER DIPENDENTI STAGIONALI/SUPPLEMENTI/A TERMINE
(datore di lavoro)

La/Lo scrivente Società/Ente <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/>		
con sede legale in <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>		prov. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> CAP <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
via <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/>		n. <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
partita IVA <input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/>		codice fiscale <input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/>
telefono <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	e-mail <input style="width: 350px; height: 20px;" type="text"/>	

COMUNICA CHE

i seguenti lavoratori aderenti al Fondo Pensione Laborfonds hanno cessato il rapporto di lavoro con la/lo scrivente Società/Ente alla data indicata:

cognome	nome	codice fiscale	data cessazione

NB: in caso di successiva mancata riattivazione del rapporto di lavoro dovrà essere inviata una cessazione singola per il lavoratore come da apposito modulo pubblicato sul sito www.laborfonds.it



Data

Timbro e firma



Come riconsegnare il modulo
VIA EMAIL a info@laborfonds.it
IN ORIGINALE a
Fondo Pensione Laborfonds c/o Service Amministrativo Pensplan Centrum S.p.A.
Via della Mostra, 11 39100 Bolzano – Via Gazzoletti, 47 38122 Trento
VIA PEC a laborfonds@pec.it