

## COMUNICAZIONE RINUNCIA ARRETRATI



Questo modulo deve essere inviato **al datore di lavoro**

Spett.le

---

---

---

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A

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

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### comunica che

In data \_\_\_\_\_ ha ricevuto dal Fondo Pensione Laborfonds quanto spettante a seguito della richiesta di riscatto presentata dallo stesso in data \_\_\_\_\_ e quindi

### chiede

che eventuali contributi arretrati relativi a periodi di iscrizione al Fondo vengano versati direttamente al/la sottoscritto/a e non al Fondo Pensione Laborfonds, in quanto ogni rapporto con lo stesso è stato interrotto dalla suddetta liquidazione.



Data

Firma

---