

COMUNICAZIONE DELLA SOSPENSIONE DELLA CONTRIBUZIONE (settore privato)



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. _____

richiede

la sospensione dell'obbligo contributivo a suo carico ai sensi dell'art.8, comma 8 dello Statuto del Fondo Pensione Laborfonds¹.

La sospensione dell'obbligo contributivo a suo carico comporta anche la sospensione dell'obbligo contributivo a carico della rispettiva Azienda/del rispettivo Ente ma non del versamento del TFR maturando al Fondo da parte dell'Azienda/Ente stesso/a.



Data

Firma

¹ Statuto, art. 8, comma 8: "In costanza del rapporto di lavoro l'aderente ha facoltà di sospendere la contribuzione a proprio carico, con conseguente sospensione dell'obbligo contributivo a carico del datore di lavoro, fermo restando il versamento del TFR maturando al Fondo. E' possibile riattivare la contribuzione in qualsiasi momento. La sospensione della contribuzione non comporta la cessazione della partecipazione al Fondo".