

## COMUNICAZIONE CESSAZIONE STATUS DI SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO

### 1 – DATI ANAGRAFICI

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

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

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A COMUNICA

la perdita dello status di soggetto fiscalmente a carico a far data dal \_\_\_\_ \_\_ \_\_\_\_



Data

Firma

### INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione di quanto previsto nella "Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679" relativa al Fondo Pensione Laborfonds (disponibile sul sito internet [www.laborfonds.it](http://www.laborfonds.it)).



Data

Firma



Come riconsegnare il modulo

**VIA EMAIL a [info@laborfonds.it](mailto:info@laborfonds.it)**

**IN ORIGINALE a**

Fondo Pensione Laborfonds c/o Service Amministrativo Pensplan Centrum S.p.A.

Via della Mostra, 11/13 39100 Bolzano – Via Gazzoletti, 47 38122 Trento

**VIA PEC a [laborfonds@pec.it](mailto:laborfonds@pec.it)**