RICHIESTA VARIAZIONE CONTRIBUTIVA[1] [2] (settore pubblico)

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

Spett.le

Il/La sottoscritto/a

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato/a il a prov. nazione

residente a via n.

CAP prov. tel. cell.

Iscritto/a al Fondo Pensione Laborfonds, in relazione alla misura del contributo a suo carico

CHIEDE

di variare il proprio contributo (aumento/diminuzione) scegliendo la seguente percentuale nel rispetto dell'importo massimo deducibile ai sensi delle vigenti disposizioni di legge:

a) ☐ **1%** ☐ **1,24%** [3]

b) ☐ **2%** ☐ **3%** ☐ **4%** ☐ **5%** ☐ **6%** ☐ **7%** ☐ **8%** ☐ **9%** ☐ **10%**[4]

Data _____ Firma _____

[1] Questo modulo vale per il personale del servizio sanitario provinciale

[2] Il modulo va consegnato al datore di lavoro per l'anno 2017 entro il 10.12.2016, 31.03.2017, 30.06.2017, 30.09.2017 (con efficacia dal trimestre successivo) e per gli anni successivi **entro il 30 novembre** (con efficacia dal primo gennaio dell'anno successivo). Annualmente con le stesse modalità il lavoratore potrà variare la propria contribuzione (aumentandola o diminuendola).

[3] Il contributo a carico del datore di lavoro ammonta al 1% (per livelli di retribuzione superiore) oppure 2% (per livelli di retribuzione inferiori) e la quota del trattamento di fine rapporto da versare da parte del datore di lavoro ammonta al 18%.

[4] Il contributo a carico del datore di lavoro (vedi nota 3) è aumentato di 1% e la quota del trattamento di fine rapporto da versare da parte del datore di lavoro è aumentata dal 18% al 36,5%.