

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
