MEDIAFOND - Fondo Pensione Complementare a contribuzione definita
Iscritto all'Albo dei Fondi Pensione I Sezione n. 126
Viale Europa, 48 20093 Cologno Monzese MI
Tel. 02/2514.7911 Fax. 02/2514.7270 Cod. Fisc. 94577960159
www.mediafond.it mediafond@mediaset.it

# MODULO PER LA RICHIESTA DI SOSPENSIONE VOLONTARIA DELLA CONTRIBUZIONE

Il presente modulo, debitamente compilato, va consegnato all'Azienda e da questa inoltrato a MEDIAFOND

## DATI DELL'ISCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | Data di nascita: ____/____/_____

Comune di nascita: _____ Prov.: ( ) Tel.: _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ( )

**DICHIARA, ai sensi dell'art. 8 dello Statuto di Mediafond, di voler sospendere l'obbligo contributivo a suo carico per il seguente periodo: dal _____/_____/_____**

**PRENDE ATTO che:**

**a) la sospensione dell'obbligo contributivo a suo carico comporta anche la sospensione dell'obbligo contributivo a carico dell'azienda;**

**b) la sospensione dell'obbligo contributivo a suo carico comporta anche la sospensione dell'eventuale contributo volontario aggiuntivo;**

**c) la sospensione *non opera* per il contributo TFR maturando che continua ad essere versato al Fondo;**

**d) la sospensione decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione all'Azienda del presente modulo;**

**e) la contribuzione può, a richiesta, essere riattivata in qualsiasi momento dal primo giorno del mese successivo alla presentazione all'Azienda dell'apposito modulo di riattivazione della contribuzione.**

**AUTORIZZA Mediafond a prelevare la quota associativa durante tutto il periodo di sospensione.**

**Data compilazione:** _____/_____/_____ **Firma dell'Iscritto**_____

**Da compilarsi a cura del Datore di lavoro**

**Denominazione della Società** _____ Sede Legale – Via _____ N° _____

Città _____ Prov. _____ Partita I.V.A. _____ Codice Fiscale _____

**Sede di lavoro del dipendente aderente** _____

Via _____ N° _____ Città _____ Prov. _____ Timbro e firma del Datore di Lavoro

_____

Data di ricevimento del modulo _____ referente azienda _____