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 ATTIVAZIONE DELLA CONTRIBUZIONE DEL LAVORATORE E DEL DATORE DI LAVORO

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: ( )

Attualmente associato a Mediafond tramite il solo conferimento della quota del TFR,

DICHIARA di voler attivare la contribuzione a proprio carico (con conseguente diritto a beneficiare della contribuzione a carico del datore di lavoro) nella misura minima (*) prevista dagli accordi.

DELEGA il proprio datore di lavoro a prelevare dalla propria retribuzione l'importo corrispondente e versarlo al fondo entro il 16 del mese successivo a quello di riferimento secondo le modalità previste dalle norme operative interne.

(*) La decorrenza dell'attivazione avrà efficacia da primo giorno del mese successivo alla presentazione del presente modulo all'Azienda.

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 _____