



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. 02/2102.2070 - 02/2102.5195 Cod. Fisc. 94577960159  
[www.mediafond.it](http://www.mediafond.it) [mediafond@mediaset.it](mailto:mediafond@mediaset.it)

**MODULO PER LA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE E/O VARIAZIONE DELL'ALiquOTA VOLONTARIA  
AGGIUNTIVA DI CONTRIBUZIONE**

Il presente modulo, debitamente compilato in stampatello, **va consegnato all'Azienda** e da questa inoltrato a MEDIAFOND.  
Si prega di allegare copia di un documento identificativo

**DATI DELL'ISCRITTO**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza: via \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Contatti: N. cellulare: \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

**Presa visione dello Statuto della Nota Informativa e del Documento sul Regime Fiscale  
CHIEDE di**

☐ **ATTIVARE**

☐ **VARIARE**

la propria aliquota di "contribuzione volontaria aggiuntiva" a Mediafond dall'attuale  % al  %

Attenzione: la "contribuzione volontaria aggiuntiva" è da considerarsi in aggiunta alla % minima obbligatoria prevista per ricevere il contributo aziendale.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che i contributi annui versati al Fondo sono deducibili entro i limiti massimi previsti dalla disciplina vigente. Gli scaglioni di incremento dovranno essere almeno pari allo 0,5% e multipli.

Con questo modulo si delega il datore di lavoro a prelevare dalla retribuzione i contributi sopra indicati e a provvedere al loro versamento.

**Luogo:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma dell'Iscritto** \_\_\_\_\_

**LE RICHIESTE PERVENUTE ENTRO L'ULTIMO GIORNO LAVORATIVO DEL MESE,  
AVRANNO DECORRENZA DAL MESE SUCCESSIVO.**

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

\_\_\_\_\_