



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 mediafond@mediafond.it

MODULO PER LA COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI LAVORATORE GIA' ISCRITTO A MEDIAFOND (A CURA DELL'AZIENDA)

Il presente modulo, debitamente compilato, va consegnato all'Azienda e da questa inoltrato a MEDIAFOND
prima dell'invio dei dati contributivi

L'AZIENDA

Denominazione della Società _____ **Sede Legale – Via** _____ **N°** _____
Città _____ **Prov.** _____ **Partita I.V.A.** _____ **Codice Fiscale** _____

COMUNICA CHE

II/Ia Sig./Sig.ra

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Codice Fiscale:	<input type="text"/>	Data di nascita:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Comune di nascita:	<input type="text"/>	Prov.: () Tel.: <input type="text"/>
Indirizzo di residenza:	<input type="text"/>	CAP: <input type="text"/>	e-mail: <input type="text"/>
Comune di residenza:	<input type="text"/>	Provincia: ()
Denominazione della Società di provenienza			

Data cessazione / /

GIA' ISCRITTO A MEDIAFOND, E' STATO ASSUNTO PRESSO LA MEDESIMA

In data ____ / ____ / _____ ed ha autorizzato l'Azienda ad effettuare le trattenute per contributi con le seguenti percentuali di contribuzione:

Azienda **%** **Lavoratore** **%** **T.F.R.** **%**

Che vengono applicate a partire dalla retribuzione del mese / anno _____ / _____

Luogo e data di compilazione

Timbro e firma Azienda

Firma dell'Iscritto