



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@mediafond.it

## **MODULO PER LA RICHIESTA DI VERSAMENTO DEL TFR RESIDUO**

**Il presente modulo debitamente compilato a cura dell'Iscritto, dovrà essere consegnato all'Ufficio Personale dell'Azienda di appartenenza  
allegando un documento d'identità valido**

## **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: \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto già iscritto a Mediafond, con prima occupazione antecedente al 29/04/1993,**

## CHIEDE

di incrementare al 100% la quota di TFR da versare a MEDIAFOND e di destinarlo al profilo in cui lo stesso risulta attualmente iscritto. La variazione dell'aliquota del TFR decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di ricevimento del presente modulo da parte dell'azienda, e pertanto

DELEGA

il proprio datore di lavoro a prelevare l'intera quota di TFR ed a provvedere al relativo versamento a MEDIAFOND secondo i termini stabiliti dagli accordi.

**Data compilazione:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Firma dell'Iscritto** \_\_\_\_\_

**NON È INCONCILIBRIO AVER QUITTA DI TFR DA VERSARE AL FONDO NON PUÒ ESSERE SUCCESSIVAMENTE RIQUITTATO.**

*La facoltà di aumentare al 100% la percentuale di TFR da versare al fondo è riservata, ai sensi della normativa vigente, ai soli iscritti in forma esplicita di prima occupazione antecedente al 29/04/93. Si ricorda, infatti, che gli iscritti di prima occupazione successiva al 28/04/93, nonché gli aderenti informa tacita (silenzio/assenso), versano indennamente al fondo il 100% del TFR maturando.*

**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 iscritto** \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Datore di Lavoro

**Data di ricevimento del modulo** referente azienda

**Da inviare in originale a cura dell'Azienda a:**

**MEDIAFOND c/o PREVINET S.p.A. Via E.Forlanini, 24 – Località Borgo Verde – 31022 PREGANZIOL - TV -**