

FONDAPI

Fondo Nazionale complementare per i lavoratori delle piccole e medie imprese

(sede operativa) Via Donatello, 75 - 00196 Roma

Tel.: 06-36006135 - 06-36086392 Fax: 06-3214994

e-mail: info.aderenti@FONDAPI.191.it

sito internet www.fondapi.it

AutORIZZATO all'esercizio dell'attività di Fondo Pensione in data 16.05.01 - iscrizione all'Albo dei Fondi pensione al n. 116

DOMANDA DI ADESIONE

non può essere accettata a mezzo fax

Scrivere in Stampatello

Io sottoscritto/a

COGNOME										NOME											
SESSO		DATA DI NASCITA				COMUNE DI NASCITA				PROV.											
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	G	G	M	M	A	A														
CODICE FISCALE										COMUNE DI RESIDENZA										PROV.	
INDIRIZZO DI RESIDENZA (VIA, PIAZZA, FRAZIONE, ...)										NUMERO				CAP							
TEL.										E-MAIL											

data di prima occupazione lavorativa:

precedente al 28 aprile 1993

successiva al 28 aprile 1993

già iscritto/a a forma pensionistica complementare in data:

precedente al 28 aprile 1993

successiva al 28 aprile 1993

**dipendente dell'azienda
sottoindicata con:**

NUMERO MATRICOLA DEL LAVORATORE

OPERAI

IMPIEGATO

QUADRO

QUALIFICA

CATEGORIA / LIVELLO CONTRATTUALE

- ricevuta la scheda informativa e lo Statuto e dopo averne preso attentamente visione,
 - dichiaro di voler aderire al Fondo Nazionale Pensione Complementare per i lavoratori dipendenti delle piccole e medie imprese - FONDAPI.
- Preciso altresì di trasferire la mia posizione da fondo pensione/forma pensionistica individuale (DA COMPILARE SOLO PER RICHIESTE DI TRASFERIMENTO DA ALTRO FONDO A FONDAPI)

(denominazione ed indirizzo)

(richiesta trasferimento effettuata in data:)

Per il contributo a mio carico, **delego** il mio datore di lavoro: 1) a trattenere dalla mia retribuzione e dalla quota del mio TFR i contributi previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro e dagli accordi di settore per la previdenza integrativa, stipulati rispettivamente tra UNIONMECCANICA e FIM-FIOM-UILM, UNIONCHIMICA e FILCEA-FLERICA-UILCER, UNIONTESSILE e FEMCA-FILTEA-UILTA, UNIONALIMENTARI e FLAI-FAT-UILA, UNIGEC e SLC-FISTeL-UILSIC, UNIONSERVIZI e FILCAMS-FISASCAT-UILTRASPORTI richiamati nella scheda informativa; 2) a trattenere dalla mia retribuzione la quota di iscrizione una tantum a mio carico come indicato nella scheda informativa; 3) a provvedere all'accredito dei relativi importi a Fondapi nei modi e termini stabiliti dallo Statuto.

RICHIESTA DI ESTENSIONE FACOLTATIVA DELLA CONTRIBUZIONE

Barrare → In alternativa al minimo stabilito dagli accordi di settore, scelgo di elevare il contributo a mio carico al % della retribuzione ed estendo in tal senso la delega al mio datore di lavoro.

Dichiaro che la percentuale di versamento indicata a mio carico è nei limiti di deducibilità consentita.

Con la presente mi impegno a osservare le disposizioni previste dallo Statuto di FONDAPI e le norme operative interne e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione previdenziale.

DATA DI PRESENTAZIONE
DELLA DOMANDA IN AZIENDA

G G M M A A A A

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa allegata ai sensi del D.lgs. N. 196/2003 acconsento al trattamento dei miei dati personali nonché alla loro comunicazione ed al relativo trattamento secondo quanto precisato nell'informativa.

Data _____

Firma _____

Sezione riservata all'azienda

L'azienda dichiara di applicare il CCNL di seguito contrassegnato:

Unionservizi

Unionmeccanica

Unionalimentari

Unionchimica

Uniontessile

Unigec

La forza lavoro di questa azienda, alla data di spedizione della presente domanda, è di _____ unità. E-mail _____

DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE										CODICE FISCALE									
LOCALITÀ STABILIMENTO PRESSO IL QUALE L'ISCRITTO PRESTA ATTIVITÀ										TELEFONO (PREFISSO E NUMERO)				FAX (PREFISSO E NUMERO)					
INDIRIZZO STABILIMENTO (VIA, PIAZZA, FRAZIONE, ... PRESSO IL QUALE L'ISCRITTO PRESTA ATTIVITÀ)										NUMERO				CAP		PROV.			
INDIRIZZO SEDE LEGALE (VIA, PIAZZA, FRAZIONE, ...)										NUMERO				CAP		PROV.			

L'azienda dichiara che il dipendente è nella condizione di aderire al Fondo e si impegna a verificare i dati da lui sottoscritti. Con la presente l'azienda aderisce a Fondapi, si impegna ad osservare lo Statuto, il Regolamento del Fondo e ad inoltrare la presente domanda in breve tempo considerando che l'obbligo di contribuzione decorre dal mese successivo alla data di presentazione.

TIMBRO E FIRMA

DATA DI INOLTRO DELLA
DOMANDA A FONDAPI

G G M M A A A A