

**MODULO DI TRASFERIMENTO**  
PER ADESIONI SU BASE COLLETTIVA O INDIVIDUALE

**1. DATI DELL'ADERENTE**

(compilazione a cura dell'aderente)

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Prov: ( \_\_\_\_ ) Tel.: \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )

**2. OPZIONE PRESCELTA** per il trasferimento della posizione individuale

(compilazione a cura dell'aderente)

- A)  **TRASFERIMENTO per cessazione dei requisiti di partecipazione**, a seguito della cessazione dell'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo Pensione
- B)  **TRASFERIMENTO VOLONTARIO** senza che sia cessata l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo Pensione ed in presenza di almeno due anni di partecipazione al Fondo Pensione

Forma Pensionistica complementare di destinazione:

Denominazione: \_\_\_\_\_  
Indirizzo completo: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

**3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI**

(compilazione a cura dell'aderente)

Data 1<sup>a</sup> Iscrizione a forme pensionistiche complementari: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Contributi non dedotti non ancora comunicati: € \_\_\_\_\_

**4. COORDINATE BANCARIE** (se disponibili)

(compilazione a cura dell'aderente)

Codice **IBAN** : \_\_\_\_\_  
(compilare INTEGRALMENTE) Cod. Paese Cod. Controllo CIN ABI (5 caratteri numerici) CAB (5 caratteri numerici) Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)  
Banca e Filiale: \_\_\_\_\_ Intestato a: \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di:**

- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione di trasferimento della posizione Individuale
- di essere a conoscenza che la portabilità della eventuale contribuzione di fonte datoriale è consentita nei limiti e secondo le modalità stabilite dai contratti o accordi collettivi, anche aziendali.

*E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.*

Data Compilazione: ..... / ..... / ..... Firma: \_\_\_\_\_

**5. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA**

(compilazione e sottoscrizione a cura dell'azienda ovvero del lav.aut.mo aderente)

Denominazione Azienda e codice/matricola aziendale del lavoratore dip.te: \_\_\_\_\_ |  
Età pensionabile stabilita nel regime obbligatorio di appartenenza dell'aderente: \_\_\_\_\_  
Data cessazione attività: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Aliquota T.F.R. (solo "vecchi Iscritti"): \_\_\_\_\_ %  
Quota esente fino al 31/12/2000: € \_\_\_\_\_ Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000 (solo "nuovi Iscritti"): € \_\_\_\_\_  
Importo ultimo contributo dovuto al Fondo Pensione: € \_\_\_\_\_ In data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Timbro e firma del datore di lavoro:** \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:** L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.