

SPAZIO RISERVATO  
 AL FONDO PENSIONE

## Contribuzione Familiare Fiscalmente a carico

da inviare al Fondo via email all'indirizzo [fap@fapbds.it](mailto:fap@fapbds.it)

**Dati dell'aderente principale già iscritto al Fondo:**

Cognome:		Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso:	Data di nascita:	Comune di nascita:		Provincia:	Stato:
Tipo documento:		Numero documento:	Ente di rilascio:		Data di rilascio:
Indirizzo di Residenza:			Cap:	Telefono:	e-mail:
Numero d'iscrizione al Fondo:					

**Dati dell'aderente fiscalmente a carico:**

Cognome:		Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso:	Data di nascita:	Comune di nascita:		Provincia:	Stato:
Tipo documento:		Numero documento:	Ente di rilascio:		Data di rilascio:
Indirizzo di Residenza:			Cap:	Telefono:	e-mail:
Numero d'iscrizione al Fondo (per versamenti successivi al primo):					

**Dati del versamento:**

<input type="checkbox"/> Euro _____ (minimo 100 Euro) quale prima contribuzione al momento dell'iscrizione del soggetto fiscalmente. Data esecuzione bonifico __/__/__ (allegare copia ricevuta del bonifico).
<input type="checkbox"/> Euro _____ quale contribuzione saltuaria (successiva all'iscrizione) per il soggetto fiscalmente a carico. Data esecuzione bonifico __/__/__ (allegare copia ricevuta del bonifico).
<input type="checkbox"/> Euro _____ quale contribuzione continuativa mensile (successiva all'iscrizione) come da allegata copia dispositiva. In tale casistica (iscrizione con contribuzione periodica mensile per fiscalmente a carico) il modulo dovrà essere inviato solo all'atto della disposizione iniziale.
<p><b>Il versamento dovrà essere eseguito sul conto corrente intestato a:</b>                  Fondo Aggiuntivo Pensioni per il Personale del Banco di Sardegna                  IBAN: IT87N0101517203000070342533                  Causale di versamento: CONTRFAM seguito da Codice Fiscale, Cognome e Nome del soggetto fiscalmente a carico.</p>

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
 Firma dell'aderente principale

Firma \_\_\_\_\_  
 Firma del familiare fiscalmente a carico (o di chi ne esercita la potestà e/o ne ha la tutela se minorenne o incapace)