

SPAZIO RISERVATO
AL FONDO PENSIONE

Modulo Versamento TFR ex fiscalmente a carico

in vigore dal 01.12.2024

DATI ADERENTE

Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	
Nato/a a:	prov: il:
Residente a:	prov: c.a.p.
Via/Piazza:	n:
Tel/cell:	E-mail:
Matricola aziendale:	Numero iscrizione al fondo pensione:

Il sottoscritto chiede che il proprio trattamento di fine rapporto venga conferito, a decorrere dalla data della presente, al Fondo Aggiuntivo Pensioni per il personale del Banco di Sardegna, al quale il sottoscritto ha aderito in data _____, nella seguente misura percentuale:

- 100%
- Altra percentuale prevista da CCNL di riferimento o accordi aziendali (indicare la percentuale) _____%

DICHIARA inoltre di aver verificato l'eventuale presenza in azienda di un fondo collettivo che darebbe diritto ad un contributo datoriale ed è consapevole del fatto che, versando il TFR al Fondo Aggiuntivo Pensioni per il personale del Banco di Sardegna, non avrebbe diritto a tale contributo.

DELEGA pertanto l'Azienda sottoindicata ad eseguire il versamento del proprio TFR maturando al Fondo Aggiuntivo Pensioni per il personale del Banco di Sardegna secondo le istruzioni di seguito fornite.

DATI PER L'ESECUZIONE DEL BONIFICO

Beneficiario: Fondo Aggiuntivo Pensioni per il personale del Banco di Sardegna
IBAN: IT87N0101517203000070342533
Causale: TFR - rif. mm/aaaa - codice fiscale aderente - cognome e nome aderente

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1. Copia documento di identità in corso di validità* dell'aderente principale e del soggetto fiscalmente a carico;
- 2. Copia tessera sanitaria dell'aderente principale e del soggetto fiscalmente a carico

* In caso di carta di identità elettronica non è necessario allegare la copia della tessera sanitaria

DATI AZIENDA

Denominazione azienda:	
Codice fiscale/partita iva:	
Indirizzo:	
Telefono:	Indirizzo e-mail:
Luogo e Data:	
Timbro e firma dell'azienda:	

Luogo e Data _____ Firma dell'aderente _____

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte e inviato al Fondo Pensione tramite posta elettronica all'indirizzo: fap@fapbds.it.