

**DICHIARAZIONE DI PERDITA
DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE**
L'Azienda

Denominazione: _____ Codice Fiscale: _____

Nato a: _____ il: / / _____


Dichiara che il/la sig./sig.ra:

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: _____ Nato a: _____ il: / / _____

Comune di residenza: _____ Provincia: () CAP: _____

Indirizzo di residenza: _____

Già **iscritto** a FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE DEI GIORNALISTI ITALIANIHa cessato il rapporto di lavoro / ha modificato il rapporto contrattuale* Aliquota TFR** _____
a decorrere dal / / _____Data e Luogo: / / _____ Firma e Timbro Azienda: _____ 

* o la maturazione dei requisiti per ottenere l'erogazione del riscatto o del trasferimento della posizione previdenziale ai sensi dell'art. 14 del d. lgs. 252/2005 nelle ipotesi di cassa integrazione, promozione a dirigente, applicazione diverso contratto collettivo

** la compilazione del campo è obbligatoria per i vecchi iscritti

Fondo Pensione Complementare dei Giornalisti italianiVia Nizza 35, 00198 Roma
t. +39 06 68 93 545fondogiornalisti@pec-giornalisti.it
www.fondogiornalisti.itCodice Fiscale 96103590582
Il Fondo è iscritto all'albo Covip con il numero 1352