

SOSPENSIONE VERSAMENTI

Spett.le **UFFICIO DEL PERSONALE**

_____ (indicare il nome dell'azienda)

e, p.c.

FONDO P.COMP.GIORNALISTI ITALIANI

1. DATI DELL'ISCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ____/____/____
Comune (st. estero) di nascita: _____ Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()

VISTA

La normativa del Fondo art. 10 co.4 dello Statuto,

*"L'iscritto, **fermo restando il versamento del Tfr maturando**, ha altresì la facoltà di sospendere il versamento della contribuzione o scendere al di sotto della soglia contributiva minima. In tal caso viene meno l'obbligo contributivo del "datore". Detto obbligo riprende qualora l'iscritto riattivi la propria contribuzione, almeno nella misura minima"*

COMUNICA

CHE INTENDE SOSPENDERE IL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI A SUO CARICO AL FONDO PENSIONR COMPLEMENTARE DEI GIORNALISTI ITALIANI dal mese di _____.

Dichiara, altresì, di essere pienamente consapevole che tale richiesta determina anche la contestuale sospensione della contribuzione versata a suo favore dal datore di lavoro.

Data: / /

Firma dell'iscritto _____

Data: / /

Firma dell'azienda per ricevuta: _____