

MODULO PER LA SOSPENSIONE DELLA CONTRIBUZIONE

Io sottoscritto/a _____
Codice Fiscale _____ Nato/a a _____ Prov _____ il _____
Residente a _____ Cap _____ Prov _____ Via _____ n _____
Matricola Aziendale _____ Azienda _____ Data iscrizione _____
N. tel./cellulare _____ E-mail _____
☐ in qualità di Aderente all'Ambito: ☐ BP ☐ CB + LUPILI ☐ BPL ☐ BPN ☐ FIPAD

COMUNICO

☐ di voler **sospendere la contribuzione** a mio favore.

Prendo atto che alla sospensione del proprio contributo, ai sensi dell'art. 8 comma 8 dello Statuto, consegue la sospensione dell'obbligo di versamento contributivo a carico del datore di lavoro, fermo restando l'eventuale versamento del TFR maturando al Fondo.

(luogo e data)

(firma leggibile)