

**MODULO PER LA SOSPENSIONE DELLA CONTRIBUZIONE
A FAVORE DEL FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

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 ☐ BPL ☐ BPN ☐ CB + LUPILI ☐ FIPAD

COMUNICO

- ☐ di voler **sospendere la contribuzione** a favore della posizione **intestata al Familiare fiscalmente a carico**:

Nome e Cognome (del Familiare) _____

C.F. _____ Nato/a a _____ Prov _____ il _____

Prendo atto che per le richieste di sospensione delle trattenute effettuate per il tramite del datore di lavoro pervenute entro il giorno 30 novembre di ciascun anno (in tal senso farà fede la data di ricezione da parte dell'Ufficio preposto), la sospensione avrà decorrenza dal versamento del successivo mese di dicembre.

Le richieste pervenute oltre tale termine avranno decorrenza dal mese di dicembre dell'anno successivo a quello in cui si è manifestata la volontà di sospensione.

(luogo e data)

(firma leggibile)