

**MODULO PER LA VARIAZIONE DELLA CONTRIBUZIONE
A FAVORE DEL FAMILIARE 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 _____
Aderente all'Ambito: ☐ BP ☐ BPL ☐ BPN ☐ CB + LUPILI ☐ FIPAD

D I C H I A R O

di voler versare **una contribuzione a mio carico, per il tramite del datore di lavoro, a favore del familiare fiscalmente a carico:**

Nome e Cognome _____

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

pari ad annui Euro _____ (minimo 360,00 Euro).

Prendo atto che per le richieste pervenute entro il giorno 30 novembre di ciascun anno (in tal senso farà fede la data di ricezione da parte dell'Ufficio preposto), la variazione 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 variazione.

(luogo e data)

(firma leggibile)

Modulo da inviare in originale a:

99854.08811 - Fondo Pensioni Gruppo BP - Verona (Via Meucci 5A – 37135 Verona)

Contatti:

Tel. 045/8269222 (martedì mercoledì giovedì dalle 9.00 alle 13.00) Indirizzo e-mail: fondopensionibp@bancobpm.it