

**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)

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](mailto:fondopensionibp@bancobpm.it)