

**MODULO PER LA VARIAZIONE DELLO STATUS
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

- che il **seguito familiare:**

Nome e Cognome _____

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

ha perso il requisito di "familiare fiscalmente a carico".

Prendo atto che lo stesso potrà avvalersi delle facoltà previste dallo Statuto vigente e dettagliate dal "Regolamento per l'adesione e per la partecipazione al Fondo dei Familiari a carico degli Iscritti".

(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