



Fondo Pensione FNM

20123 Milano - Piazzale Luigi Cadorna, 14 - Iscrizione all'Albo n. 1165 – www.fondopensioneefnm.it
Segreteria: Telefono 02.85114388 – e-mail fondopensioneefnm@fondopensioneefnm.it

Spettabile Società

RICHIESTA DI VARIAZIONE VERSAMENTO A CARICO DEL LAVORATORE

Io sottoscritto/a _____ C.I.D. _____

Società _____ Impianto/Residenza di servizio _____

assunto/a il _____ Telefono _____ e-mail _____

CODICE FISCALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| sesso F M

A norma dello Statuto del Fondo Pensione FNM e degli accordi contrattuali autorizzo la Società a trattene-
re un contributo a mio carico, come sotto specificato, per quattordici mensilità.
Come previsto dal Regolamento del Fondo Pensione FNM, mi riservo la facoltà di sospendere il suddetto
versamento.

Resta convenuto che nessun compenso Vi sarà da me dovuto per l'esecuzione del presente mandato.

VERSAMENTO QUOTA INDIVIDUALE (FACOLTATIVO)

(barrare la casella relativa al contributo volontario prescelto)

0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9%

10% 11% 12% 13% 14% 15% 16% 17% %

Importo fisso mensile per 14 mensilità €.,00 (Euro/00)
(in lettere)

DICHIARO di essere a conoscenza delle disposizioni vigenti in materia fiscale che regolano la contribu-
zione volontaria.

DELEGO pertanto l'Azienda a prelevare dalla retribuzione tale contributo aggiuntivo e a versarlo a Fondo
Pensione FNM, fino a diversa comunicazione.

La presente annulla e sostituisce le precedenti comunicazioni.

Firma dell'Isritto

data _____

DATI RIGUARDANTI IL DATORE DI LAVORO (da compilarsi a cura del datore di lavoro)

Data ricevimento _____ Timbro e firma _____