ALL. E

COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE

(da compilare a cura dell'azienda)

ATTENZIONE: il presente modulo può essere inviato utilizzando SOLO UNA delle seguenti modalità:
posta ordinaria a: Fondo Pensione Nazionale BCC/CRA, Via Massimo D'Azeglio 33 – 00184 Roma (RM);
via pec a: prestazioni@pec.fpnbcc.it

L'azienda _____ codice ABI _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via_____ n._____ Tel: _____ fax _____

Email _____

Comunica che

Il/la Sig./Sig.ra

Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data nascita:	/ /
Comune di nascita:		Prov:	( )
Indirizzo di residenza:		CAP:	
Comune di residenza:		Provincia:	( )
e-mail:		Cellulare	

1. Ha cessato il rapporto di lavoro dipendente per :
   - ☐ dimissioni in data: _____
   - ☐ Licenziamento in data: _____
   - ☐ Termine del contratto in data: _____
   - ☐ Mobilità in data: _____
   - ☐ Accesso al fondo di solidarietà in data: _____
   - ☐ Raggiungimento dei requisiti di pensionamento in data: _____
   - ☐ Invalidità permanente con riduzione capacità di lavoro a meno di un terzo
   - ☐ Cause non dipendenti dalla volontà delle parti in data: _____

2. Per gli iscritti con data iscrizione antecedente al 28/04/93 a fondi di previdenza complementare (***Vecchio Iscritto***):

   Aliquota di tassazione del T.F.R. …… (**Informazione necessaria per la liquidazione**)

Il presente modulo va inoltrato solo dopo l'invio dell' ultimo flusso contributivo stipendi.

Data ……/……/……

Timbro e firma dell'Azienda

……..……..……