

COMUNICAZIONE PERDITA DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Il presente modulo, debitamente compilato, va inviato dall'azienda a Fondapi
entro 30 gg. dal verificarsi dell'evento

L'AZIENDA

CCNL _____

PARTITA IVA _____ CODICE FISCALE _____

CITTA' _____ PROV. _____ CAP _____

VIA _____ N. _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

COMUNICA CHE

Il Sig./Sig.ra _____

Codice Fiscale _____

Nato/a _____ Prov. _____ Il _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

A FAR DATA DAL**A. HA CESSATO IL RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE per:**

- 1. DIMISSIONI
- 2. LICENZIAMENTO INDIVIDUALE
- 3. LICENZIAMENTO COLLETTIVO
- 4. MOBILITA'
- 5. FALLIMENTO AZIENDA
- 6. FINE TEMPO DETERMINATO
- 7. INVALIDITÀ PERMANENTE CHE COMPORTI LA RIDUZIONE DELLE CAPACITÀ DI LAVORO A MENO DI UN TERZO

B. HA CAMBIATO CCNL DI RIFERIMENTO (sempre che tale comunicazione non sia già stata effettuata per tutti gli iscritti)**C. HA OTTENUTO LA NOMINA A DIRIGENTE****D. HA MATURATO I REQUISITI DI PENSIONAMENTO****NOTA BENE : Indicare solo una delle opzioni A, B, C, oppure D.**

Data _____ Timbro e firma dell'Azienda _____