

## COMUNICAZIONE DI SOSPENSIONE VOLONTARIA DELLA CONTRIBUZIONE

(Art. 8, comma 6, dello Statuto)

### Il sottoscritto

Cognome _____	Nome _____		
Codice fiscale _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data di nascita ____/____/____	Tel. _____
Comune di nascita (stato estero) _____	Prov. (____)	E-mail _____	
Indirizzo (residenza) _____	CAP _____		
Comune (residenza) _____	Prov. (____)		

Preso visione dello Statuto ed in particolare dell'art. 8, comma 6, che recita:

*“In costanza del rapporto di lavoro l'aderente ha facoltà di sospendere la contribuzione a proprio carico, con conseguente sospensione dell'obbligo contributivo a carico del datore di lavoro, fermo restando il versamento del TFR maturando al Fondo. È possibile riattivare la contribuzione in qualsiasi momento.”*

### COMUNICA

che intende SOSPENDERE il versamento dei contributi a proprio carico.

Dichiara, altresì, di essere pienamente consapevole che tale richiesta determina anche la contestuale sospensione della contribuzione versata a suo favore dal datore di lavoro.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'Aderente \_\_\_\_\_

### PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA (da compilare a cura dell'azienda)

Ragione sociale _____	P.I.V.A./C.F. _____
Ufficio competente _____	E-mail _____
prende atto della richiesta del socio lavoratore.	
Data ____/____/____	Timbro e firma _____