FONDEMAIN
costruisci il tuo futuro

(Datore di lavoro)

COMUNICAZIONE DI COLLEGAMENTO DELLA POSIZIONE CON ALTRO DATORE DI LAVORO/CCL DEL SETTORE PUBBLICO

(per aderente titolare di più rapporti di lavoro dipendente)

Con la presente si richiede, su richiesta dell'interessato, il collegamento con il datore di lavoro scrivente della posizione dell'aderente a FONDEMAIN

.....
cognome nome

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Di seguito si comunicano le informazioni inerenti al rapporto di lavoro per il quale si richiede il collegamento della posizione con il datore di lavoro scrivente e le scelte comunicate dall'aderente:

- Contratto collettivo di lavoro/Accordo.....
- Decorrenza della contribuzione (gg/mm/aaaa): .....
- Con contratto/regime:
  - ❒ a tempo indeterminato dal 01.01.2001 (in regime TFR: 100% del TFR)
  - ❒ a tempo determinato assunto dopo il 31.05.2000 (in regime TFR: 100% del TFR)
  - ❒ con opzione al TFR già esercitata precedentemente (optante TFR: 2% retr. utile al calcolo del TFR)
  - ❒ di insegnante di religione in regime di TFS (optante TFR: 2% retr. utile al calcolo del TFR)
  - ❒ già iscritto/a a FCS ante 1/1/1998 (per mobilità/distacchi/comandi tra enti del settore pubblico "intercomparto": in regime TFS, 0% TFR)
- per il contributo a proprio carico il lavoratore ha comunicato la volontà di versare:
  - ❒ la quota minima prevista dal CCL/accordo applicato
  - ❒ la quota del ..... % (in alternativa a quella minima prevista dal CCL/accordo applicato, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento attuativo dello Statuto del Fondo)

<u>Informazioni da indicare soltanto nel caso di lavoratore proveniente dal settore privato:</u>

- Dati aggiuntivi per INPDAP:
  Data prima assunzione in P.A. ...../...../..... Data ultima assunzione in P.A. ...../...../.....
  Fondo pensione complementare della P.A. di provenienza (ad es. Espero) ❒ si ❒ no

  (se sì indicare il Fondo.....)

DATI RIGUARDANTI IL DATORE DI LAVORO

Denominazione e ragione sociale .....

partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data ..... Timbro e firma del Datore di lavoro .....

Firma dell'aderente per accettazione .....