FONDEMAIN
costruisci il tuo futuro

(Datore di lavoro)

COMUNICAZIONE RIATTIVAZIONE POSIZIONE
- SETTORE PUBBLICO -

Con la presente si richiede, su richiesta dell'interessato, la riattivazione della posizione dell'aderente a FONDEMAIN

.....
cognome nome

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

Di seguito si comunicano le informazioni inerenti al nuovo rapporto di lavoro per il quale si richiede la riattivazione della posizione 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)[1]
  - ❒ 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)

Informazioni da indicare soltanto nel caso di lavoratore proveniente dal settore privato:

- **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 .....

[1] Nel caso in cui tra il nuovo rapporto di lavoro e quello precedente non sussista soluzione di continuità superiore ad un giorno lavorativo.