

**VARIAZIONE/SOSPENSIONE
DELLA CONTRIBUZIONE A CARICO DELL'ISCRITTO**
(per gli iscritti al Fondo Pensione Complementare per il Personale del Banco di Napoli)

Spett.le
Intesa Sanpaolo Spa
Ufficio Amministrazione del Personale
Via Lugaro, 15
10126 - TORINO

e p.c. Spett.le
Fondo Pensione Complementare
per il Personale del Banco di Napoli
Via Toledo, 177
80134 - NAPOLI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
COD. FISCALE _____ ANAGR. _____
NATO/A _____ PROV. _____ IL ____/____/_____
RESIDENTE A _____ PROV. _____ C.A.P. _____
VIA _____ N° _____ TEL. _____
INDIRIZZO @mail _____
DIPENDENTE DELLA SOCIETÀ _____

aderente al Fondo Pensione Complementare per il Personale del Banco di Napoli

CHIEDE

- ☐ di versare, quale contributo a suo carico, la seguente percentuale della propria retribuzione annua lorda (utile ai fini del calcolo del T.F.R.):

____, %

- ☐ di sospendere a tempo indeterminato l'obbligo contributivo a suo carico.

PRENDE ATTO

che la modifica/sospensione dell'obbligo contributivo a suo carico è efficace dal mese di gennaio dell'anno successivo a quello della richiesta.

Data _____

Firma _____