

**MODULO DI VARIAZIONE
DELLA**

CONTRIBUZIONE

AL FONDO PENSIONE GRUPPO CARIPARMA FRIULADRIA.

Il sottoscritto _____, matr. _____
chiede di:

- versare un contributo mensile a proprio carico pari:
- aliquota minima del 2% dell'imponibile utile ai fini del computo del Trattamento di Fine Rapporto
- aliquota personalizzata nella misura del ____% (superiore al 2%) dell'imponibile utile ai fini del computo del Trattamento di Fine Rapporto.

(data)

(firma del Dipendente)

Ai sensi della legge 196/03, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, i dati da Lei forniti potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata limitatamente agli scopi istituzionali del Fondo.

*Il presente modulo deve essere inviato a Fondo Pensione Gruppo Cariparma Friuladria
Centro Servizi Cavagnari – Edificio C – Via La Spezia, 138/A – 43100 Parma*