



**Fondiss**  
Fondo di Previdenza Complementare  
della Repubblica di San Marino

## MODULO DI ADESIONE VOLONTARIA

(assistenti a persone permanentemente inferme)

Il/la sottoscritto/a		cognome		nome	
di nazionalità			con Codice ISS		
nato il		luogo di nascita		sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
residente a			via		Nr. Civico
provincia	CAP	e mail		recapito telefonico	

presa visione delle fonti legislative in materia di previdenza complementare e della Nota Informativa di FONDISS, nella sua qualità di assistente di persone inferme,

- DICHIARA di voler aderire a Fondiss,
- SI IMPEGNA a rispettare le disposizioni normative in vigore e si impegna fornire tutte le informazioni utili per la costituzione e il mantenimento della propria posizione previdenziale,
- CONSENTE il trattamento dei propri dati personali
- DELEGA il proprio datore di lavoro a prelevare dalla propria retribuzione e a versare a FONDISS un importo pari a quello per la contribuzione obbligatoria come da legge 191/2011 e successive modifiche.
- Si ricorda che la costituzione contributiva integrativa è deducibile, al fine di determinare il reddito imponibile, per un importo non superiore a € 4.000,00 annui, se la durata della contribuzione non è inferiore a cinque anni, ai sensi dell'Allegato A della Legge n. 166/2013 e successive modifiche.

Luogo e data	Firma
--------------	-------

<b>Dati del Datore di Lavoro</b>	
Ragione sociale	Persona da contattare
email	telefono
data	Timbro e firma

Allegati:

- Documento d'identità

**Fondiss**

Fondo di Previdenza Complementare della Repubblica di San Marino  
REPUBBLICA DI SAN MARINO  
Via Scialoja,40 - 47893 Borgo Maggiore  
Tel. +378 (0549) 994402 - Fax +378 (0549) 994493  
fondiss@fondiss.sm  
Copyright FONDISS 2014 - Tutti i diritti sono riservati