



Fondiss

Fondo di Previdenza Complementare
della Repubblica di San Marino

LIQUIDAZIONE CONTRIBUTI

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	
<input type="checkbox"/> <i>Lavoratore Dipendente</i> <input type="checkbox"/> <i>Lavoratore Autonomo</i> <input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Pro</i> <input type="checkbox"/> <i>Amministratore Unico o Delegato, Presidente di CdA, Socio</i>					

chiede

“a seguito dell’esercizio del diritto alla prestazione pensionistica, che deve essere esercitato attraverso presentazione della domanda di pensione, il valore della posizione individuale ...” art. 20 Legge numero 191 del 06/12/2011

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

Allegati:

- Documento d’identità
- Codice IBAN
- Dichiarazione di Pensione

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