



Fondiss
Fondo di Previdenza Complementare
della Repubblica di San Marino

USCITA FONDO

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	
data decorrenza uscita fondo					
<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>					
<input type="checkbox"/> soggetto obbligato al versamento <input type="checkbox"/> non aderente al Sistema di Previdenza Principale <input type="checkbox"/> soggetto iscritto al Sistema di Previdenza Principale non obbligato alla contribuzione al Fondo					
<input type="checkbox"/> sospendere la contribuzione volontaria integrativa rispetto le aliquote di legge <input type="checkbox"/> sospendere la contribuzione, per un periodo non superiore a 18 mesi <input type="checkbox"/> chiedere la cancellazione della propria posizione previdenziale complementare <input type="checkbox"/> sospendere la contribuzione volontaria					

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

Allegati:

- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità dell'iscritto;
- Codice IBAN;

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