

(lavoratore e datore di lavoro)

**COMUNICAZIONE SOSPENSIONE DELLA CONTRIBUZIONE**

Il/La sottoscritto/a .....  
cognome ..... nome .....

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

nato/a a ..... prov. .... il ...../...../.....

residente a ..... prov. .... CAP .....

via ..... n. .... tel. ....

associato/a a FONDEMAIN dal ...../...../.....

**RICHIEDE**

la sospensione dell'obbligo contributivo a suo carico ai sensi dell'art. 8, comma 6 dello Statuto del Fondo<sup>1</sup> a partire dal:

..... trimestre dell'anno .....

La sospensione dell'obbligo contributivo a suo carico comporta anche la sospensione dell'obbligo contributivo a carico della/del rispettiva/o Azienda/Ente, ma non della destinazione del TFR maturando a previdenza complementare.

Data .....

Firma richiedente .....

**PARTE SOCIETÀ/ENTE**

La Società/L'Ente .....  
denominazione e ragione sociale

con sede in ..... prov. .... CAP .....

via ..... n. ....

partita IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

tel. .... e-mail .....

**ADEMPIE**

alla richiesta di sospensione del/la Sig./ra .....  
cognome ..... nome .....

e ne dà comunicazione al Fondo.

Data.....

Timbro e firma Azienda/Ente .....

<sup>1</sup> Statuto, art. 8, comma 6: "In costanza del rapporto di lavoro l'aderente ha facoltà, nel rispetto delle modalità e dei limiti stabiliti dal Consiglio di amministrazione, di sospendere la contribuzione a proprio carico, con conseguente sospensione dell'obbligo contributivo a carico del datore di lavoro, ferma restando la destinazione del TFR maturando al Fondo. E' possibile riattivare la contribuzione in qualsiasi momento."