FONDEMAIN
costruisci il tuo futuro

(Datore di lavoro)

COMUNICAZIONE MODIFICA ADESIONE
- SETTORE PUBBLICO -

Con la presente si richiede, su richiesta dell'interessato, la modifica dell'adesione dell'iscritto a FONDEMAIN

……
cognome nome

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

con conversione da

❒ **Adesione lavoratore autonomo/parasubordinato**

❒ **Adesione soggetto fiscalmente a carico**

ad Adesione dipendente del settore pubblico

Di seguito si comunicano le informazioni inerenti al nuovo rapporto di lavoro per il quale si richiede la riattivazione della posizione e le scelte comunicate dall'aderente:

- **Contratto collettivo di lavoro/Accordo** ……
- **Decorrenza della contribuzione (gg/mm/aaaa):** ……
- **Con contratto/regime:**
  - ❒ a tempo indeterminato dal 01.01.2001 (in regime TFR: 100% del TFR)
  - ❒ a tempo determinato assunto dopo il 31.05.2000 (in regime TFR: 100% del TFR)
  - ❒ con opzione al TFR già esercitata precedentemente (optante TFR: 2% retr. utile al calcolo del TFR)[1]
  - ❒ di insegnante di religione in regime di TFS (optante TFR: 2% retr. utile al calcolo del TFR)
- **Per il contributo a proprio carico il lavoratore ha comunicato la volontà di versare:**
  - ❒ la quota minima prevista dal CCL/accordo applicato
  - ❒ la quota del …….. % (in misura maggiore rispetto a quella minima prevista dal CCL/accordo applicato, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento attuativo dello Statuto del Fondo)
- **Dati aggiuntivi per INPDAP:**
  Data prima assunzione in P.A. ……/……/…… Data ultima assunzione in P.A. ……/……/……..
- *Da indicare da parte dell'aderente soggetto fiscalmente a carico:*
  con prima occupazione (ovverosia la prima attività lavorativa che abbia comportato l'iscrizione all'INPS o ad altro istituto di previdenza obbligatoria) è stata:
  - ❒ antecedente al 29/04/93
  - ❒ successiva al 28/04/93
  - ❒ successiva al 01 gennaio 2007

DATI RIGUARDANTI IL DATORE DI LAVORO

Denominazione e ragione sociale ……

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

Data …… **Timbro e firma del Datore di lavoro** ……

Firma dell'aderente per accettazione ……

[1] Nel caso in cui tra il nuovo rapporto di lavoro e quello precedente non sussista soluzione di continuità superiore ad un giorno lavorativo.