



FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE  
PERSONALE NAVIGANTE DI CABINA

Da inviare a:  
FONDAV  
Piazza Barberini, 52  
00187 ROMA

**COMUNICAZIONE DI SOSPENSIONE VOLONTARIA  
DELLA CONTRIBUZIONE (Art. 8, comma 6, dello Statuto)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Preso visione dello Statuto e preso atto che:**

la sospensione dell'obbligo contributivo a suo carico comporta la sospensione dell'obbligo contributivo a carico della rispettiva Azienda e che tale sospensione avrà decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello del ricevimento del presente modulo da parte dell'Azienda;

la sospensione *non opera* per il contributo TFR maturando che continua ad essere versato al Fondo;

la contribuzione può, a richiesta, essere riattivata in qualsiasi momento dal primo giorno del mese successivo alla presentazione all'azienda del apposito modulo di riattivazione della contribuzione.

**CHIEDE**

di SOSPENDERE la propria contribuzione a FONDAV

per il seguente periodo: dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DELEGA**

il proprio datore di lavoro a prelevare dalla propria retribuzione l'importo commisurato al trattamento economico previsto dal CCNL e /o dalle vigenti disposizioni di legge.

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Aderente \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA**

SOCIETA' \_\_\_\_\_ P.I.V.A./C.F. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma \_\_\_\_\_