



**FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE  
PERSONALE NAVIGANTE DI CABINA**

da inviare a: **FONDAV**  
**Piazza Barberini, 52**  
**00187 ROMA**  
**Fax 06/37519629**

**MODULO PER LA VARIAZIONE DEL CONTRIBUTO A CARICO DEL LAVORATORE**

Il/La sottoscritto/a	
Cognome _____	Nome _____
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nato/a a _____
Provincia _____	Nazione _____
il ___/___/_____	Codice Fiscale _____
Indirizzo (residenza) _____ N. _____	
Città _____	Provincia _____ CAP _____
E-mail: _____	Cellulare _____

Preso visione della Nota Informativa e dello Statuto,

**CHIEDE**

di versare, quale contributo volontario aggiuntivo a proprio carico, la seguente percentuale della propria retribuzione annua lorda (utile ai fini del calcolo del TFR)

\_\_\_\_\_ %

**DICHIARA**

di essere al corrente delle disposizioni che regolano la contribuzione volontaria (deducibilità fiscale con un massimale annuo di € 5.164,57)

**DELEGA**

il proprio datore di lavoro a prelevare dalla propria retribuzione l'importo corrispondente all'applicazione della nuova aliquota contributiva con efficacia dalla prima retribuzione utile, rispetto alla presentazione del presente modulo all'azienda, e a versarlo secondo le modalità previste dalle norme operative interne.

Data \_\_\_\_\_

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

**PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA**

Società _____	P. IVA /C.F. _____
Via _____	N. _____ Tel _____ Fax _____
Ufficio Amministrativo competente _____	E-mail _____
Data _____	Timbro e firma _____