PREVIMODA Fondo Pensione
Viale Sarca, 223 • 20126 Milano
T. +39 02 66101340 • F. +39 02 66105169
fondo.previmoda@previmoda.it

www.previmoda.it

⇒ **N.B. SI CONSIGLIA DI EFFETTUARE UNA FOTOCOPIA PRIMA DELL'INVIO DEL MODULO CHE DOVRÀ ESSERE SPEDITO IN ORIGINALE E COMPLETO ANCHE NELLA PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA E SPEDITO MEZZO POSTA. I MODULI ARRIVATI MEZZO FAX O E-MAIL, VERRANNO RITENUTI NULLI.**

9.6A RISCATTO PARZIALE

Parte riservata all'aderente

Cognome_____Nome_____CodiceFiscale_____

Sesso: M F Data di nascita: _____Comune di nascita:_____Pv_____

Indirizzo di residenza:_____Comune_____CAP:_____Pv_____

Tel._____ Cell. _____ e-mail_____

CHIEDE di

❑ **RISCATTARE** la posizione maturata nella misura del **50%** nel caso di:

A Ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di cig o cigs a zero ore per un periodo non inferiore a 12 mesi consecutivi con tassazione agevolata per i contributi versati dal 01/01/2007.

Si ricorda che il riscatto non prevede la cessazione del rapporto di lavoro, quindi la posizione rimarrà attiva fino alla conclusione del rapporto lavorativo.

B Ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità o di inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 12 mesi e inferiore a 48 mesi

In questo caso l'aderente deve inviare (in originale) il certificato del centro per l'impiego con l'attestazione di iscrizione alle leste di disoccupazione e la relativa data di iscrizione alle stesse.

Chiedo che la mia posizione sia liquidata sul seguente conto corrente bancario:

IBAN: | | | | | CIN | ABI | | | | | CAB | | | | | C/C | | | | | | | | | | | |

Intestato a ……...presso la banca……

(L'ASSENZA DELLE COORDINATE BANCARIE COMPLETE IMPEDISCE IL PAGAMENTO DEL RISCATTO)

Data ……..

Firma dell'aderente ……

Parte riservata all'azienda

RAGIONE SOCIALE		c. f.
Stabilimento di	Prov. ( ) Cap.	Indirizzo
Nome referente	Tel.	e-mail

COMUNICA CHE

il/la Sig./Sig.ra	c.f.
È stato inserito nelle liste di cassa integrazione guadagni a zero ore, per un periodo non inferiore a 12 mesi consecutivi.	

PERIODO DI CIGS	dal	al

Data di cessazione____/____/_____ultimo versamento____/____/_____con la distinta del___/_____
Da compilare solo nel caso di opzione B

Data …….. **Timbro e firma dell'azienda** ……