



Fondo Pensione Complementare
Dipendenti Gruppo ENEL
Via Nizza n. 11 – 00198 Roma
Tel: 06.8416882 – Fax: 06.85865579

RICHIESTA DI RIAVVIO DELLA CONTRIBUZIONE

| <i>(Da compilare a cura dell'Associato)</i> | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| Il sottoscritto/a | | |
| Cognome: | Nome: | Recapito telefonico: |
| Numero dipendente (vedere cedolino paga): | Codice Fiscale: | |
| Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | |
| Comune di nascita: | Prov. Nascita (sigla): | Data di nascita: |
| Indirizzo di residenza: | CAP: | |
| Comune di residenza: | Provincia (sigla): | |
| Azienda di appartenenza: | | |
| Con riferimento alla domanda di sospensione della contribuzione presentata in data _____ chiedo il riavvio della contribuzione a far data dalla prima retribuzione utile disponibile successiva alla presentazione della presente richiesta e comunque non oltre il primo giorno del secondo mese successivo alla presentazione all'azienda di appartenenza della richiesta medesima. | | |

| | |
|-----------------------------------|--------------------|
| Data di Compilazione _____ | Firma _____ |
|-----------------------------------|--------------------|

| <i>(Da compilare a cura dell'Azienda)</i> | |
|-------------------------------------------|------|
| La scrivente Società: | |
| con sede in | |
| Telefono: | FAX: |

Prendendo atto della richiesta di riavvio della contribuzione

Si impegna

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>➤ affinché tale riavvio decorra dalla prima retribuzione utile disponibile successiva alla presentazione della presente richiesta e comunque non oltre il primo giorno del secondo mese successivo alla presentazione della richiesta medesima.</p> <p>➤ A trasmettere (anticipandola a mezzo fax) al FOPEN la presente richiesta entro 5 (cinque) giorni dal ricevimento della stessa</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Data di Compilazione _____ | Timbro e firma della Funzione del Personale _____ |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

Questo modulo deve essere redatto e compilato in ogni sua parte ed inviato, a cura della funzione del Personale dell'Azienda, al FOPEN Via Nizza, 11 – 00198 Roma..