COMUNICAZIONE DI RIATTIVAZIONE DELLA CONTRIBUZIONE PER DIPENDENTI STAGIONALI/SUPPLENTI/A TERMINE[1]

(datore di lavoro – settore pubblico)

La/Lo scrivente Società/Ente

con sede legale in prov. CAP

via n.

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

telefono e-mail

COMUNICA CHE

i seguenti lavoratori aderenti al Fondo Pensione Laborfonds sono stati riassunti alle proprie dipendenze nelle date sottoindicate e che, con tale data, viene riattivata la contribuzione al Fondo:

cognome	nome	codice fiscale	data riassunzione	data decorrenza

I succitati lavoratori sono stati a tal fine preventivamente interpellati

Data **Timbro e firma**

Come riconsegnare il modulo
VIA EMAIL a info@laborfonds.it
IN ORIGINALE a
Fondo Pensione Laborfonds c/o Service Amministrativo Pensplan Centrum S.p.A.
Via della Mostra, 11 39100 Bolzano – Via Gazzoletti, 47 38122 Trento
VIA PEC a laborfonds@pec.it

[1] In caso di riattivazione della contribuzione con altro datore di lavoro, si rende necessario riconfermare l'adesione al Fondo da parte del lavoratore (nuovo modulo di adesione). La presente comunicazione non risulta valida in caso di adesione tacita.