COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO PER DIPENDENTI STAGIONALI/SUPPLENTI/A TERMINE

(datore di lavoro)

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 hanno cessato il rapporto di lavoro con la/lo scrivente Società/Ente alla data indicata:

cognome	nome	codice fiscale	data cessazione

NB: in caso di successiva mancata riattivazione del rapporto di lavoro dovrà essere inviata una cessazione singola per il lavoratore come da apposito modulo pubblicato sul sito www.laborfonds.it

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, 11/13 39100 Bolzano – Via Gazzoletti, 47 38122 Trento
VIA PEC a laborfonds@pec.it