

COMUNICAZIONE DI RIATTIVAZIONE DELLA CONTRIBUZIONE PER DIPENDENTI STAGIONALI/SUPPLEMENTI/A TERMINE¹
 (datore di lavoro – settore privato)

La/Lo scrivente Società/Ente	<input type="text"/>		
con sede legale in	<input type="text"/>	prov.	<input type="text"/> CAP <input type="text"/>
via	<input type="text"/>		n. <input type="text"/>
partita IVA	<input type="text"/>	codice fiscale	<input type="text"/>
telefono	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

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, 11/13 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.