

COMUNICAZIONE CESSAZIONE STATUS DI SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO

1 – DATI ANAGRAFICI

Nome e Cognome _____

CODICE FISCALE _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____ Nazione _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A COMUNICA

la perdita dello status di soggetto fiscalmente a carico a far data dal __ __ ____



Data

Firma

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione di quanto previsto nella "Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679" relativa al Fondo Pensione Laborfonds (disponibile sul sito internet www.laborfonds.it).



Data

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